

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra psychologie

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Přístup zaměřený na člověka a jeho místo v klinické praxi **Person-Centered Approach in clinical practice**

Adam Dizon

Vedoucí práce: Mgr. Jana Adámková
Studijní program: Psychologie
Studijní obor: Psychologie

2020

Praha

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma *Přístup zaměřený na člověka a jeho místo v klinické praxi* vypracoval pod vedením vedoucího práce samostatně za použití pramenů a literatury uvedených v seznamu zdrojů. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 27. 4. 2020

.....

podpis

Děkuji Mgr. Janě Adámkové za milý a vstřícný přístup při vedení mé práce a za vytvoření podmínek zkoumání vlastního tématu. Velké poděkování patří rovněž všem pěti respondentům jak za odborné obohacení, tak za jejich opravdovost.

ABSTRAKT

Tato práce zkoumá pozici přístupu zaměřeného na člověka (PCA – Person-Centred Approach) v praxi českých klinických psychologů a psychiatrů, kteří prošli psychoterapeutickým výcvikem ve zmíněném přístupu a aktivně jej využívají při práci s osobami s duševním onemocněním. Teoretickými východisky práce jsou (1) základní principy PCA, (2) principy medicínského modelu, na jejichž základě funguje klinická praxe, (3) nové koncepce psychopatologie a psychodiagnostiky zaměřené na člověka. Základní data představují přepisy audiozáznamů rozhovorů s pěti respondenty (třemi klinickými psychology a dvěma psychiatry). Na základě kvalitativní analýzy přepisů rozhovorů autor nejprve strukturuje zkušenost respondentů do konceptů týkajících se různých oblastí, „témat“ klinické praxe (diagnostika, psychoterapie, zacházení s PCA, zacházení s medicínským modelem, vztah k profesi atd.). Poté identifikuje společné mechanismy, kterými se PCA uplatňuje v těchto oblastech. Zkušenostní koncepty a mechanismy aplikace jsou dalším příspěvkem k teoriím o průniku principů PCA s principy západní zdravotnické praxe.

Klíčová slova: přístup zaměřený na člověka, terapie zaměřená na klienta, psychiatrie, klinická psychologie, psychoterapie, diagnostika, psychopatologie, medicínský model, klinická praxe, terapeutický vztah, Carl R. Rogers

ABSTRACT

This thesis explores the position of Person-Centred Approach (PCA) in the practice of Czech clinical psychologists and psychiatrists who went through the PCA psychotherapy training and they use this approach in their current clinical practice. The main principles of PCA theory (1), principles of biomedical model in which clinical practice is rooted (2) and the new forms of person-centred psychopathology and psychodiagnosis (3) are the theoretical background of the following research. Based on the qualitative analysis of five recorded interviews (three clinical psychologists, two psychiatrists) the experience of the respondents is organised as comprehensive concepts concerning various areas and topics of the clinical practice (diagnosis, psychotherapy, dealing with PCA, dealing with biomedical model, therapeutic relationship, relation to the profession). Several common mechanisms are identified in the concept's dynamics. Through these mechanisms Person-Centred Approach is applied in areas and activities mentioned. The concepts based on experience and the PCA application mechanisms enrich the theories and ongoing research of PCA practice in the Western mental health care.

Key words: Person-Centred Approach, Client-Centred Therapy, psychiatry, clinical psychology, psychotherapy, psychodiagnosis, psychopathology, biomedical model, clinical practice, therapeutic relationship, Carl R. Rogers

Obsah

1. ÚVOD A CÍL PRÁCE	10
2. PŘÍSTUP ZAMĚŘENÝ NA ČLOVĚKA A KLINICKÁ PRAXE.....	12
2.1 Přístup zaměřený na člověka.....	12
2.1.1 Pojetí člověka	13
2.1.2 Pojetí terapie.....	14
2.1.3 Limity a dilemata PCA.....	17
2.2 Zdravotnická praxe klinického psychologa a psychiatra.....	19
2.2.1 Profese klinického psychologa a profese psychiatra	20
2.2.2 Medicínský model	22
2.2.3 Limity a přínos medicínského modelu ve vztahu k psychoterapii	24
2.3 PCA a medicínský přístup.....	26
2.3.1 Vzájemná kritika zastánců PCA a zastánců medicínského modelu	27
2.3.2 Nové koncepte psychopatologie a psychodiagnostiky	27
2.3.3 Mechanismy a principy průniku PCA a medicínského modelu	37
3. VÝZKUMNÝ DESIGN	40
3.1 Předpoklady a výzkumný záměr	40
3.2 Průběh sběru dat.....	41
3.3 Metoda sběru dat	41
3.4 Forma dat a způsob analýzy	44
4. ANALÝZA DAT	46
4.1 Analýza formálních kontextů praxe	46
4.2 Analýza témat.....	49
Blok 1 – Vztah k PCA.....	51
1) „PCA v člověku“– Pozice PCA v užším kontextu	51
2) „PCA v praxi“ Pozice PCA v širším kontextu	54
3) Pohledy na teorii PCA.....	57
4) Vývoj postojů k PCA	60
Blok 2 – Bytí s klientem	65

5) Vztahové kvality – Výchozí postoje	65
6) Vztahové kvality – Chování a jednání	75
Blok 3 – Zkušenost s klinickým prostředím	82
7) Diagnostika a její smysl	82
8) Co je to psychoterapie	87
9) Vztah k psychopatologii	92
10) Zkušenost s medicínským modelem ve zdravotnictví	95
Blok 4 – Okolnosti praxe a profese	103
11) Motivace k profesi	103
12) Limity praxe a profese	105
13) Výzvy klinické praxe	110
14) Zdroje zvládání profese	113
5. TEORIE ZKUŠENOSTI S APLIKACÍ PCA V KLINICKÉ PRAXI	117
5.1 Zkušenostní koncepty o PCA	117
5.2 Zkušenostní koncepty o klinické praxi a profesi	121
5.3 Mechanismy aplikace PCA do klinické praxe	129
6. DISKUZE	134
6.1 Co znamená „na člověka zaměřený“?	134
6.2 Interakce paradigmat – PCA „stále proti“ medicínskému modelu	137
6.3 Limity výzkumu	140
6.4 Přínos výzkumu – Mechanismy integrace a síla setkání	140
7. ZÁVĚR	143
8. SEZNAM ZDROJŮ	146
9. SEZNAM PŘÍLOH	1
Příloha č. 1 – Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru	2
Příloha č. 2 – Záznamový arch k rozhovoru	3
Příloha č. 3 – Přepisy audiozáznamu rozhovorů	4

1. ÚVOD A CÍL PRÁCE

Využití přístupu zaměřeného na člověka (PCA – Person-Centred Approach) v klinické praxi, tedy při zdravotnické péči konkrétně o osoby s duševním onemocněním, v nás může při první úvaze vyvolávat různé otázky a asociace. Není PCA ve svém spoléhání se na člověka (jeho léčebný potenciál a motivaci), a v nedirektivnosti pomáhajícího příliš naivním přístupem, který je dobrý maximálně pro „uvědomělé neurotiky“ a na závažné duševní poruchy (schizofrenie, těžké depresivní epizody atd.) prostě nestačí? Jindy nás zase může napadnout, že „zaměřený na člověka“ by přece měl být každý, kdo nějakým způsobem pomáhá lidem – „být PCA“ v klinické praxi tedy není nic zvláštního. Také nás může napadnout, že spojovat západní zdravotnickou praxi s PCA, který brojí mj. proti diagnostice, hodnocení a paternalistickému vztahu mezi lékařem a pacientem, je nesmysl z důvodu nesmiřitelných rozporů mezi výchozími filosofiemi obou oblastí. Nebo naopak, nemohl by být přístup zaměřený na člověka „novým větrem“, alternativou, která má potenciál reformovat zdravotnictví ve směru sdílené zodpovědnosti, důstojnosti, lidskosti a respektu k potřebám pacienta? Tato práce nám může pomoci nalézt odpovědi na tyto otázky.

Cílem diplomové práce je zmapovat aspekty využití přístupu zaměřeného na člověka, a z něj vycházející psychoterapie zaměřené na klienta (CCT – Client-Centred Therapy), v praxi českého klinického psychologa a psychiatra, kteří poskytují terapii osobám s duševní poruchou.

PCA rozpracoval americký psycholog a psychoterapeut Carl Ransom Rogers. Za styčný prvek Rogersova díla (a nakonec i praxe) lze považovat princip růstu a proces růstu. Jak píše Yalom v předmluvě k Rogersově poslední knize *Způsob bytí* „...Rogers vždy raději postupoval odspoda nahoru než odshora dolů.“ (Yalom in Rogers, 2014, s. 12), věřil v aktualizací tendenci, tedy přirozenou tendenci organismu vyvíjet se a zdokonalovat. Hlavní myšlenky a teze PCA „vyrůstaly“ v Rogersově práci s klientem– teprve až po ověření těch nejjednodušších hypotéz na vlastních klientech, studentech a skupinách, formuluje Rogers teoretické koncepty PCA a vztahuje je k teoriím, myšlenkám dalších psychologů a filosofů. Princip růstu nás bude provázet i celou touto prací.

V teoretické části, jež je obsahem 2. kapitoly, zahájíme pomyslnou cestu „od filosofie k terapii“, podíváme se, jak z humanistického konceptu obrazu člověka vyrostly konkrétní aspekty PCA, a vtělily se do terapeutických podmínek. Na cestě „od modelů k praxi“ přiblížíme výsledky dosavadních snah, které naznačují, jakým způsobem se odlišné ideové

koncepty – biomedicínský a na člověka zaměřený – mohou protínat v klinické diagnostice a psychoterapii.

Mostem, který spojuje teorii s praxí, je 3. kapitola Design výzkumu. Uvádíme zde nejprve výchozí předpoklady, na jejichž základě je pak definován výzkumný záměr této práce. Dále je zde popsán průběh výzkumu, od okolností získávání základních dat – rozhovorů s klinickými psychology a psychiatry – po způsob jejich analýzy a interpretace.

Praktická část je obsahem 4. a 5. kapitoly a tvoří stěžejní úsek práce. Prostřednictvím popisu jednotlivých kroků analýzy mapuje vznik nové teorie zkušenosti s přístupem zaměřeným na člověka a jeho aplikaci v klinické praxi. Teorie je zakotvená v konceptech osobních významů, jež kliničtí psychologové a psychiatři přisuzují různým aspektům své praxe a profese – od zacházení s principy různých ideových východisek PCA a medicínského modelu, přes provádění typických klinických činností (diagnostika, psychoterapie...) a vnímání profese, až po vztahování se k druhým lidem a jejich obtížím, i k sobě samým. Výstupem praktické části je zakotvená teorie zkušenosti s aplikací PCA v prostředí klinické praxe.

V 6. kapitole Diskuze, se vrátíme k některým nezodpovězeným otázkám, novým dilematům, jež se v průběhu výzkumu vynořily. V diskuzi se rovněž vyjádříme k některým limitům a těžkostem, které provázely tvorbu práce. Závěr diskuze je věnován přínosům, které mají výsledky výzkum pro oblast teorie i praxe PCA v kontextu zdravotnické péče o osoby s duševní poruchou.

2. PŘÍSTUP ZAMĚŘENÝ NA ČLOVĚKA A KLINICKÁ PRAXE

Teoretická část reflektuje předpoklady a předporozumění nutné pro výzkum pozice přístupu zaměřeného na člověka (Person Centered Approach – PCA) a z něj vycházejícího psychoterapeutického přístupu (Client Centered Therapy – CCT) v praxi klinických psychologů a psychiatrů. Je rozdělena na tři části. V prvních dvou jsou představeny základní východiska a principy přístupu zaměřeného na člověka a také praxe klinického psychologa a psychiatra v České republice. Třetí část se zabývá možnostmi a mechanismy prolínání PCA a medicínského modelu a je spojnicí mezi teorií a výzkumným záměrem této práce.

2.1 Přístup zaměřený na člověka

Přístup zaměřený na člověka (Person Centered Approach – PCA) se řadí do hnutí humanistické psychologie, které se začalo formovat v 50. letech 20. století. Mezi psychology, kteří stáli u jeho zrodu, patří G. Allport, J. F. T. Bugental, Ch. Buhlerová, A. Maslow, R. May, G. Murphy, H. Murray a C. Rogers. Společným tématem tohoto pestrého proudu se stává potřeba nabídnout hlubší porozumění a plnější koncept a zážitek toho, co znamená být lidský. Akcentací takových aspektů jako jsou vůle, vědomí, svoboda a odpovědnost humanističtí psychologové reagují na do určité míry redukcionistické pojetí člověka představované v té době dominantním behaviorismem a psychoanalýzou (Šiffelová, 2010, s. 15–16).

Teorie přístupu zaměřeného na člověka byla rozpracována americkým psychologem a psychoterapeutem Carlem R. Rogersem a v průběhu let zkoumána a rozvíjena jeho následovníky. Ačkoli pravděpodobně nejznámější je její aplikace na psychoterapii (základní terapeutické postoje a podmínky změny), zahrnuje teorie PCA mnoho dalších aspektů: „obsáhlou teorii osobnosti a chování, definici mnoha pojmů, teorii self (struktura a diferencování psychických pochodů), vymezení příčin psychických poruch, odpoutání se od klinické diagnózy, aplikaci tohoto přístupu ve školství a managementu, teorii všeobecných vztahů, teorii aktualizací tendence, (...), vývoj osobnosti v terapeutickém procesu a encounterových skupinách (Nykl, 2012, s. 31).

Pro získání potřebného porozumění tomu, jak kliničtí psychologové a psychiatři vnímají tento přístup a pracují s ním, postačí v rámci teoretické části přiblížit PCA pouze fragmentárně. Nejprve se v kapitole 2.1 podíváme na pojetí člověka a pojetí terapie (terapeutické podmínky a proměnné) a zmíníme některé limity a předměty kritiky. Kapitola

2.3 pak nabízí stručný vhled do možností uplatnění tohoto přístupu v klinické praxi. Pro hlubší vhled do problematiky může čtenář využít souborné publikace uvedené ve zdrojích.

2.1.1 Pojetí člověka

Přístup zaměřený na člověka se opírá o vlastní humanistický koncept obrazu člověka, u něhož můžeme rozlišit psychologickou a filosofickou rovinu. Na psychologické úrovni je člověk chápán jako bytost s vrozenou schopností vyvíjet se směrem k vyšší sociální zralosti a funkcionalitě. „Hybná síla tohoto vývoje je každému organismu dána jeho biologicky zakotvenou aktualizací tendencí a jejími subtendencemi k uspokojení bazálních potřeb a vývoji psychických funkcí self“ (Nykl, 2012, s. 32). Jak je patrné, aktualizací tendence není jen „filosofickým“ usilováním o dokonalost a vnitřní růst, ale představuje dynamickou organizaci naplňování celého spektra potřeb, od biologických, existenci zachovávajících, až po potřeby vyšší, růstové (Rogers, 1951, s. 487–488). Při popisu dynamiky aktualizací tendence čerpal Rogers z myšlenek Abrahama Maslowa. Podle něj naplňování potřeb podléhá jejich hierarchii: teprve až s uspokojenými existenčními potřebami (biologickými, potřebou bezpečí, lásky, bezpodmínečného přijetí) se přirozeně vynořují potřeby kognitivní a estetické a potřeba realizovat vlastní potenciál (Maslow, 1943, s. 395). Uspokojení potřeby pozitivního přijetí považuje Rogers za základní. Tato potřeba je bezpochyby spojena s potřebou vztahu, komunikace a empatického porozumění v její přijímající i aktivní formě. Každý jedinec má nejen potřebu dostávat, ale i dávat, být potřebný, žít ve vztahu, vnímat sebe a druhého, vyvíjet se, umět hodnotit své schopnosti a možnosti. Aby mohl přijímat a dávat, potřebuje člověk vnímat své pocity a prožívání, rozumět jim a uvádět je v soulad (Nykl, 2012, s. 32). Jednotu mezi tím, jak člověk sebe samého vnímá, a tím, jak sebe samého v daný moment prožívá, nazývá Rogers opravdovostí či kongruencí (1957, s. 97). Tento pojem je podrobněji popsán v další kapitole.

Na filosofické úrovni nachází PCA styčné plochy s fenomenologií a existencialismem. Fenomenologický přístup k člověku znamená, že jeho chování ve světě je vnímáno jako reakce na jeho osobně prožívanou realitu. Způsob, jakým svět prožívá a jak na něj reaguje, vyplývá z významu, který je odvozen z potřeb, zkušenosti a očekávání daného člověka. Každý člověk žije ve svém subjektivním světě, který nemůže být plně a zcela nikým pochopen. Můžeme jej však alespoň částečně nahlédnout skrze empatické porozumění (Merry 2004. In: Šiffelová, 2010, s. 18), které nám pomůže zažívat svět klienta tak, jakoby byl náš vlastní (Rogers, 1957, s. 99).

Existenciální pohled na svět a proces života zdůrazňuje potenciál individuální svobody člověka a jeho schopnost převzít osobní zodpovědnost za své prožívání. Člověk není jen pod kontrolou vnějších sil či nevědomých instinktů, ale má svobodnou vůli. Může si do značné míry vybrat, kým a čím je a chce být, a je za tuto volbu zodpovědný (Šiffelová, 2010, s. 18).

Aktualizační tendence, dávání subjektivního významu, svobodná volba a přebírání zodpovědnosti naznačují, že humanistický obraz člověka je obrazem neustále se proměňujícím. Proto také PCA vnímá člověka vždy v procesu „vyvíjení se“ a „stávání se“. Tato orientace na proces růstu se pak promítá do vztahování se k člověku v psychoterapii, jejímž smyslem není léčba nemoci, opravení poškozeného nebo přeprogramování špatných instrukcí, ale je cestou rozvoje a růstu do nového způsobu bytí (Sanders, 2006, tamtéž, 2010, s. 18).

2.1.2 Pojetí terapie

Terapie zaměřená na člověka/klienta (Person/Client-Centered Therapy – PCT/CCT) beze zbytku vychází z pojetí člověka v duchu PCA. Základním rámcem, v němž se manifestuje aktualizační tendence a odehrává proces růstu, je vztah mezi klientem a terapeutem. Specifika tohoto vztahu, a zároveň ucelené pojetí terapie zaměřené na člověka, pravděpodobně nejlépe vystihuje šest základních podmínek terapeutického procesu, které Rogers publikoval v roce 1957. Jelikož za každou z podmínek stojí obsáhlé a provázané teorie, pro získání základního obrazu CCT rozebereme jednotlivé principy pouze velice stručně s důrazem na jejich projevy v terapeutické praxi.

Základní podmínky jsou tyto:

1. „Dvě osoby se nacházejí v kontaktu.
2. První osoba, kterou budeme označovat jako klient, se nalézá ve stavu inkongruence, je zranitelná nebo plná úzkosti.
3. Druhá osoba, kterou budeme označovat jako terapeut, je kongruentní ve vztahu.
4. Terapeut pociťuje bezpodmínečné pozitivní přijetí vůči klientovi (přijetí, pozornost, akceptaci bez podmínek).
5. Terapeut empaticky zažívá obsah psychických hodnot (vnitřní vztahový rámec) klienta.
6. Klient vnímá alespoň v malé míře podmínky 4 a 5, totiž bezpodmínečné pozitivní přijetí své osoby terapeutem a jeho empatické porozumění.

Žádné další podmínky již nejsou třeba. Pokud těchto šest podmínek existuje a přetrvávají po určitý časový úsek, stačí to k tomu, aby nastala změna osobnosti.“ (Rogers, 1957, s. 96)

První podmínka kontaktu je základem pro rozvíjení terapeutického vztahu. K charakteristikám kontaktu patří konsenzuálnost, vzájemnost a vědomí druhého – „obě strany spolu chtějí hovořit a zkoumat společná očekávání“ (Nykl, 2012, s. 46). Kontakt, z něhož se může vyvinout vztah, by dále měl obsahovat jak kognitivní porozumění (dávání a přijímání významů), tak emoční důvěrnost (ochota sdílet vlastní pocity) a plnou přítomnost (Cameronová, 2006. In: Tolan, 2006, s. 133–144). Jedním z hlavních úkolů terapeuta je tyto aspekty kontaktu klientovi sdělovat.

Druhá podmínka odkazuje na Rogersovu teorii vzniku psychických poruch. Inkongruence je nepříjemným prožitkem „nesouladu mezi aktuálním prožíváním organismu a sebeobrazem jedince“ (Rogers, 1957, s. 98). Jinými slovy, jedinec zažívá rozpor mezi tím, jak se vnímá, a tím, jak prožívá. To, že klient pocítuje inkongruenci, znamená, že si je vědom svých obtíží a ví, že potřebuje pomoc. Tato skutečnost ukazuje na dvě podstatné charakteristiky CCT. Za prvé klient musí být pro terapii motivovaný. Aby u klienta proběhla změna, je nutné, aby on sám změnu chtěl. Za druhé tato podmínka odkazuje na nedirektivitu CCT. Terapeut nezískává informace o klientových potížích tradiční diagnostikou a terapie jako taková není ordinována na základě diagnózy. Vodítkem a zdrojem terapeutova porozumění je sám klient a jeho vlastní popis potíží (Šiffelová, 2010, s. 55).

Třetí podmínkou je kongruence terapeuta. Pojem kongruence vyjadřuje jednotu mezi prožíváním a vědomím, popřípadě sdělováním (Rogers, 2015, s. 360). Pokud je člověk kongruentní, znamená to, že pocity, které zažívá, mu jsou plně k dispozici, jsou k dispozici jeho vědomí, a on dokáže tyto pocity prožívat, být s nimi a sdělovat je. Takový člověk je opravdový, autentický, neschovává se za maskou či fasádou zdvořilosti nebo profesionality (tamtéž, s. 80–81). Kongruence nezahrnuje pouze psychické fenomény, ale začíná již na úrovni tělesných pocitů (např. prožitek hladu u dítěte organizuje veškeré jeho chování a jednání) (tamtéž, s. 360). V principu kongruence dochází k souhře všech šesti podmínek. Ačkoli kongruence nelze nikdy dosáhnout úplně a trvale, „čím více je terapeut schopen při akceptování vnímat, co se v něm odehrává, a čím více zvládá bez obav rozmanitost jeho pocitů, tím větší je jeho soulad se sebou samým (Rogers 1985b. In: Nykl, s. 38). Opravdovost pak terapeutovi umožňuje „čistěji“ reflektovat (vnímat a sdělovat) prožívání klienta, čímž mu pomáhá mu budovat jeho vlastní kongruenci.

Obsahem čtvrté podmínky je terapeutovo bezpodmínečné přijetí klienta. „Přijetím míním to, že člověka vřele respektuji jako osobu bezpodmínečné vlastní hodnoty – bez ohledu na jeho stav, chování a pocity. Znamená to úctu a sympatie k němu jako svébytné osobě, ochotu svolit, aby i on měl svým vlastním způsobem své vlastní pocity. Znamená to přijímat jeho postoje v daném okamžiku a respektovat je bez ohledu na to, jak negativní nebo pozitivní jsou, bez ohledu na to, jakou měrou mohou být v rozporu s jinými postoji, které zastával dříve.“ (Rogers, 2015, s. 52–53). V situaci psychoterapie to znamená, že terapeut je přesvědčen, že klient ví, jaké jsou jeho problémy, a disponuje schopnostmi najít si a zvolit vhodné řešení těchto problémů (Casemore, 2008, s. 74–75). K pochopení pocitové kvality bezpodmínečného přijetí přirovnává Rogers postoj terapeuta ke klientovi k postoji rodičů ke svým dětem. Ačkoli rodiče mnohdy nesouhlasí s jeho chováním, názory, postoji atd., uznávají a mají rádi své dítě jako takové, jako osobnost (Rogers, 1985. In: Nykl, s. 34). Přijímat druhého bez podmínek je nesmírně náročné i proto, že nelze plně přijímat druhého, pokud člověk není schopen být sám sebou, jinými slovy respektovat a přijímat i sebe samého.

Čtvrtá podmínka bezpodmínečné přijetí je úzce spjata s pátou podmínkou: „Terapeut zažívá přesné, empatické porozumění klientovu vnímání jeho zážitků.“ (Rogers, 1957, s. 99). Empatií Rogers míní něco víc než ono uvědomování si, jak se druhý cítí, které je v různé míře přirozené všem lidem. Je to schopnost, ale i trénovaná dovednost terapeuta udržet si stálý zájem a závazek porozumět tomu, jak klient prožívá své pocity z pohledu svého systému přesvědčení a souvislostí, a zároveň do jisté míry oproštění se od vlastního úhlu pohledu. V tomto je také důležitá dovednost terapeuta sdílet své porozumění tak, aby klient mohl zažívat pocit, že je slyšen a pochopen (přijímán). K empatickému sdílení je potřeba, aby si terapeut neustále ověřoval a objasňoval, jak klient své pocity prožívá (Rogers, 1986. In: Casemore, s. 75–76). Princip empatie je jedním z nejvíce studovaných a výzkumně rozvíjených konceptů PCA (viz např. škály empatie vyjadřované terapeutem, Tausch a Tausch, 1990. In: Vymětal, 1996, s. 94).

Šestou podmínkou terapeutické změny je, že klient je alespoň v malé míře schopen vnímat terapeutovo bezpodmínečné přijetí a empatii. Tato podmínka odkazuje na nezbytnost dobré komunikace terapeutových postojů a opět staví klienta do centra celého procesu (Šiffelová, 2010, s. 64). Rogersovi podrobné výzkumy práce s klienty ukázaly, že pokud je terapeut kongruentní ve vyjadřování svého porozumění a přijetí klientovy subjektivity a významů v jejich hloubce, klient si postupně začíná lépe uvědomovat a vyjadřovat vlastní pocity, a sám se stává kongruentní v prožívání vztahu se sebou i s druhými. Díky důslednému

zmapování terapeutových a klientových projevů lze rozlišit jednotlivé fáze terapeutického procesu a všítat si pokroku terapeutické změny (Rogers, 2015, s. 146–182).

2.1.3 Limity a dilemata PCA

Smyslem této části je prostřednictvím kritiky ze stran představitelů jiných směrů i pokračovatelů Rogerse upozornit na některé limity PCA, s nimiž se musí praktikující terapeuti nějak vyrovnat. Kritizována je jak teoretická koncepce PCA, tak i některé konkrétní praktické aspekty terapie.

„Jeden z nejběžnějších argumentů laických kritiků, který se stal určitým stereotypem při kritickém pohlížení na tento přístup, je, že PCA má příliš naivní představu o lidské přirozenosti, která je řízena aktualizační tendencí, která představuje veskrze pozitivní proces růstu a zdokonalování“ (Bierman-Ratjen, In: Thorne, Lambers, 1998, s. 119). S podmínkou aktualizační tendence přichází jednak určitý skrytý požadavek vysoce motivovaného a ambiciózního klienta, který jde do terapie již s touhou po změně, jednak otázka, která s tím úzce souvisí, zda mají tuto tendenci skutečně všichni. „Měli takovou tendenci i chroničtí schizofrenici, z nichž se Rogersovi a jeho kolegům (1967) nepodařilo udělat plně fungující jedince“ (Prochaska, Norcross, 1999, s. 129)? Limitů PCA v oblasti duševních nemocí se ještě dotkneme v samostatné kapitole.

Další limit může představovat přeceňování terapeutického vztahu. Dle kritiků je nerealistická představa, že jeden zvláštní vztah bezpodmínečného přijetí dokáže překonat vliv podmíněných vztahů z minulosti i přítomnosti. Nepodmíněné vyjadřování lásky může u klienta navíc budovat dojem, že ve srovnání se zbytkem světa jej může skutečně milovat jen terapeut. Rogersem přeceňované proměnné vztahu mohou také posilovat představu, že stát se úspěšným terapeutem je především záležitost citění a navazování vztahu, ne znalostí. „Předpokládá se, že kongruentní člověk, ať už je to poradce nebo paraprofesionál, může provádět účinnou psychoterapii se všemi pacienty a vyléčit všechny jejich problémy, aniž by musel něco vědět o osobnosti nebo psychopatologii“ (tamtéž, s. 130).

Tento předpoklad nás vede k dalšímu předmětu kritiky, a to významu teorie PCA pro praxi terapie zaměřené na člověka. „To, na čem záleží v CCT, je především právě subjektivní svět klienta, jeho porozumění sobě samému, světu a terapeutovi, nikoli terapeutova teoretická východiska. Cokoli jiného než sledování klientova prožívání, akceptování jeho pocitů a myšlenek a kongruence k sobě samému by terapeuta vzdálilo od vztahového rámce.“ (Šiffelová, 2010, s. 89). Tuto zkušenost však mívají začínající terapeuti, pro něž je teorie stále soubor požadavků, které je třeba zvládnout „abych byl dobrý terapeut“. Přílišná

sebekritická reflexe („nebyl jsem dost empatický a přijímající, jak mám být víc kongruentní“) však může vést k instrumentálnímu vnímání vztahových proměnných a paradoxně od těchto proměnných terapeuta ještě vzdaluje. Velkým dilematem PCA tedy zůstává, jak předávat teorii (kterou Rogers formulovat velmi jasně a nekompromisně – „pokud je terapeut dostatečně empatický, přijímající a kongruentní, může mít terapie úspěch“), aby se z ní nestal soubor dovedností, jež je třeba ovládnout. „Klasická představa očekává od terapeuta, že bude něco dělat. Terapeut zaměřený na člověka však především je“ (tamtéž, s. 90). V této skutečnosti vzniká na terapeuta nárok nikoli ovládnout dovednosti, ale jako první pracovat na sobě samém, na hodnotách, postojích, způsobu bytí, jelikož právě jeho bytí, přítomnost je to, co vytváří bezpečnou atmosféru pro klientovu sebeexploraci (Šiffelová, 2010, s. 89–90).

Zmíněný důraz na kultivaci způsobu bytí, spíše než ovládání dovedností, souvisí s dalším limitem PCA, kterým pro některé klienty i terapeuty může být poměrně malá diverzita terapeutických technik. Esenciálně je PCA chápán spíše jako verbální přístup, kladoucí důraz na klientovu schopnost poměrně rozsáhlé introspekce. Pouhé „povídání“ o sobě a problému však mnohým nemusí stačit, potřebují zažívat léčbu prostřednictvím jiných než verbálních kanálů.

Z důvodu převahy verbálního étosu terapie v kombinaci s nedirektivním nastavením terapeuta může být PCA pro některé klienty či pacienty příliš pasivní a nestrukturovaný. Některí klienti potřebují direktivní terapii, očekávají vysvětlení (interpretace) svých obtíží, vedení či rady (Prochaska, Norcross, 1999, s. 131).

Zaměření na vztah a klientovo já může vést k opomíjení významů širšího kontextu. Jako by jediná („správná“) realita byla 50 minut vyjadřovaných a prožívaných emocí. Pro humanistické teorie představuje sociální prostředí spíše překážku na cestě k seberealizaci. Za určitých okolností může být tedy pro PCA limitující, že příliš nepracuje s vlivy jiných realit, ve kterých se ale každý klient nachází – rodina, různé instituce, ekonomický stav, politická situace (tamtéž, s. 130).

Zakončeme tuto část bodem, v němž se rogeriáni kriticky obracejí do vlastních řad. Nepochopení teorie PCA do hloubky a neznalost může vést k zneužívání nálepky „zaměřený na člověka“. Co znamená být *zaměřen na člověka*, a v čem se přístup zaměřený na člověka liší od jiných terapeutických směrů? „Wilkins poukazuje na rozšířenou pověru, že být zaměřen na člověka znamená „něco jako být milý k lidem, naslouchat jim soucitným uchem, ale nedělat nic jiného“ (Wilkins, 2003. In: Šiffelová, 2010, s. 90). Nicméně, lidskost, vřelost a laskavost ze strany terapeuta jsou jen částí pomyslné „vztahové výbavy“ terapeuta a

neměly by být zaměňovány za základní principy PCA. Důležité je například rozlišovat mezi bezpodmínečným přijetím a oceňováním toho, co klient prožívá, a toho, jak se chová. „Terapeut zaměřený na člověka si bude bezvýhradně cenit všeho, co klient prožívá, ať je to láska, žárlivost či hněv, ale to neznamená, že bude bezpodmínečně oceňovat, jak daný člověk jedná. Terapeut může zažívat i pocity hněvu, zklamání či smutku a může je svému klientovi také komunikovat. Tím, že je terapeut bezpodmínečně akceptující, nejsou tyto jeho kongruentní pocity vyjádřením kritiky a nepodkopávají klientovu sebeúctu. Mohou však naopak velice přímo (ale i nepříjemně) konfrontovat klientovo sebepojetí a otvírat tak prostor pro možnou změnu“ (Cooper, 2004. In: Šiffelová, 2010, s. 90–91).

Z hlediska odlišení PCA od jiných směrů by bylo dále možné znovu mluvit o propracovanosti vztahových proměnných (kongruence, akceptace, empatie, respekt, vřelost...), kvalitách opravdového setkání (přítomnost, Já-Ty), o partnerském postoji a nedirektivitě (Liataer, 2002. In: tamtéž, s. 91). Nicméně, v současné době si velká většina psychoterapeutických přístupů těchto principů již také vysoce cení, proto za základní odlišnost lze považovat spíše onu hlubokou pozornost, s níž rogeriánsky orientovaní terapeuti přistupují k těmto principům (jak na úrovni terapeutické praxe, tak na úrovni výzkumu a tvorby teorie).

2.2 Zdravotnická praxe klinického psychologa a psychiatra

Smyslem této podkapitoly je přiblížit některé charakteristiky klinické praxe, které musí klinický psycholog či psychiatr z titulu své profese nutně osobně i profesně integrovat, což znamená mj. i vztáhnout tyto charakteristiky k PCA, pokud se rozhodne, že bude v tomto přístupu pracovat. K neoddiskutovatelným vlivům, které tvarují unikátní spojení PCA a klinické praxe, patří vyžadované profesní standardy týkající se vzdělání a náplně práce klinického psychologa a psychiatra. Psychiatr i klinický psycholog vykonávají obvykle svou profesi v rámci zdravotnického systému (ve zdravotnických zařízeních, v úzké spolupráci s jinými zdravotnickými pracovníky, na zdravotní pojišťovnu). Jejich činnost (zdravotní péče) je více či méně ovlivňována určitými ideovými specifiky, která lze souhrnně označit jako (tradiční) medicínský model péče. Pochopení limitů a přínosu medicínského modelu v léčbě duševních poruch nám později pomůže lépe uchopit spojení PCA a klinické praxe.

2.2.1 Profese klinického psychologa a profese psychiatra

Při popisu obou profesí vycházíme ze vzdělávacích programů specializačního vzdělávání v oboru Klinická psychologie (2010) a Psychiatrie (2019) zveřejněných ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví.

Klinickým psychologem se může stát pouze „absolvent pětiletého akreditovaného magisterského jednooborového studijního oboru psychologie, který získal odbornou způsobilost pro práci zdravotníka v kurzu Psycholog ve zdravotnictví“ (MZ ČR, 2010, s. 209).

Po absolvování základního kmene (36 měsíců), vlastního specializačního výcviku (minimálně 24 měsíců) a splnění atestační zkoušky je klinický psycholog oprávněn k samostatnému vykonávání následujících činností v rámci lůžkové i ambulantní péče s dětmi i dospělými. „Provádí (1) psychologickou diagnostiku, (2) psychoterapii a socioterapii; (3) poskytuje neodkladnou péči v případě akutních psychických krizí a traumat; (4) provádí rehabilitaci, reedukaci a resocializaci psychických funkcí; (5) školí zdravotnické pracovníky v oblasti psychologie zdraví a nemoci, (6) provádí psychologickou prevenci, výchovu a poradenství ke zdravému způsobu života, (7) podílí se na prevenci psychologických problémů zdravotnických pracovníků, (8) provádí poradenskou činnost v oblasti péče o psychický stav tělesně i duševně nemocných pacientů, včetně paliativní péče o nevyléčitelně nemocné a přípravy na lékařské zákroky, (8) provádí odbornou konziliární, posudkovou a dispenzární činnost“ (MZ ČR, 2010, s. 216).

Psychiatrem se může stát absolvent, který získal odbornou způsobilost k výkonu povolání lékaře ukončením nejméně šestiletého prezenčního studia na lékařské fakultě, které obsahuje teoretickou a praktickou výuku v akreditovaném magisterském studijním programu všeobecné lékařství (MZ ČR, 2019, s. 2). Psychiatrické vzdělání, zakončené atestační zkouškou, nabývá také v rámci základního psychiatrického kmene (30 měsíců) a vlastního specializovaného výcviku (minimálně 24 měsíců). Poté může samostatně vykonávat psychiatrickou činnost v rámci ambulantní i lůžkové péče (tamtéž, s. 63).

Na rozdíl od profese klinického psychologa, těžiště psychiatrické činnosti leží více v (1) diagnostice duševní poruchy, která je základem pro (2) indikaci farmakologické a popř. psychoterapeutické léčby (nastavení vhodné kombinace, délky...). Nicméně, psychiatr je sám schopen (3) použít i jednoduché psychoterapeutické techniky. Pokud funguje (4) v multidisciplinárním týmu, má vedoucí úlohu v péči o pacienta a úzce spolupracuje s dalšími lékařskými i nelékařskými odborníky. Rovněž vede (5) konsiliární činnost a psychoedukační činnost ve prospěch pacientů a jejich příbuzných (tamtéž, s. 60–61).

Bio-psycho-sociální přístup vyžaduje po psychiatrovi znalost biologických, psychologických/psychodynamických i sociologických/epidemiologických okolností duševní poruchy. Konkrétně, z hlediska diagnostiky, je klíčová (a) znalost psychiatrických klasifikací (Mezinárodní klasifikace nemocí – MKN, Diagnostický a statistický manuál duševních poruch – DSM), kritérií a obrazů duševních poruch a poruch chování v dospělosti, dětství a dorostovém věku a jejich vzniku, znalost diferenciální diagnostiky, průběhu, dynamiky, rizik a prognózy, (b) znalost poznatků z oblasti genetiky, biochemie, fyziologie a morfologie k porozumění biologické podstatě duševních poruch. K indikaci adekvátní léčby a k psychoedukaci musí psychiatr (c) znát metody, zákonitosti a účinky neurologických, farmakologických i psychoterapeutických intervencí (tamtéž, s. 59–60).

Na závěr se ještě krátce podíváme na pozici diagnostiky a psychoterapie jako činností, které lze považovat jako klíčové u profesí klinického psychologa a psychiatra. Z analýzy vzdělávacích programů vyplývá, že ačkoli je po psychiatrovi vyžadováno určité psychoterapeutické vzdělání (kurz Psychoterapie s nácvikem psychoterapeutických dovedností v rozsahu 120 hodin – tamtéž, s. 58), systematické psychoterapeutické vedení pacienta se od něj nakonec nepožaduje. Naproti tomu klinický psycholog musí jednak splnit psychoterapeutické minimum (kurz v psychoterapii v rozsahu 140 nebo absolvování 200 hodin zahájeného komplexního psychoterapeutického výcviku) (MZ ČR, 2019, s. 210), jednak v rámci požadovaných výkonů doložit vedení podpůrné individuální psychoterapie (popř. krizové intervence či klinického poradenství) u 20 pacientů v rozsahu 5 hodin v rozmezí minimálně 3 měsíců.

Naopak, z hlediska diagnostiky, psychiatr musí k atestaci zvládnout větší počet komplexních vyšetření v jednotlivých diagnostických okruzích (např. 25 výkonů s pacienty s poruchami nálad...). Celkem provádí 130 diagnostických výkonů. (MZ ČR, 2019, s. 61). Klinický psycholog musí provést celkem 70 vyšetření bez závislosti na diagnostickém okruhu, ale zaměřené na konkrétní oblasti psychiky (inteligence, osobnost, kognitivní funkce...) a jednotlivé věkové skupiny (dospělí, děti, dospívající).

Z uvedených standardů a vzhledem k původní Rogersově skepsi k diagnostice a klasifikaci jako nástrojům určité redukce člověka (Rogers, 1951/1986a/2000, s. 206. In: Šiffelová, 2010, s. 120–121), lze částečně usuzovat, že implementace PCA do činnosti je esenciálně větší výzvou spíše u profese psychiatra.

2.2.2 Medicínský model

Způsob, jakým západní zdravotnictví uvažuje o nemoci, o jejím původu a léčbě, se označuje jako biomedicínský. Je založen na předpokladu, že „nemoc lze plně vysvětlit jako odchylku od normy různých biologických (somatických) proměnných“ (Engel, 1977, s. 130). Nemoc je vnímána jako entita, která je nezávislá na sociálním prostředí. Odchylky v chování, které nemoc doprovází, jsou vysvětlovány jako chyby v biochemických a neurologických procesech. Důvodem tohoto vnímání je fakt, že medicínský model je svým původem model vědecký. Z určitého pohledu se vlastně jedná o soubor předpokladů a pravidel, které jsou založené na vědeckých metodách a výzkumných plánech.

Medicínský model není a nebyl jediným systémem vnímání a nakládání s nemocí. Ve všech kulturách v průběhu dějin vznikaly různé, „lidové“ systémy přesvědčení, co je to nemoc. Nicméně, moderní západní společnost přijala biomedicínský model nejen jako základ pro vědecké bádání, ale i jako kulturně specifickou perspektivu vnímání nemoci. Biomedicínský model se stal naším, „lidovým“, přesvědčením o nemoci. Je to kulturní imperativ, jelikož „...tvaruje hodnoty a postoje lékařů dlouho předtím, než vůbec do lékařského povolání nastoupí.“ (tamtéž, s. 130).

Svou silou se toto přesvědčení mnohdy blíží dogmatu, a jako takové způsobuje, že je často přehlížen onen redukcionismus, s nímž medicínský model nahlíží na nemoc a jejího nositele. Dle Engela (1977), kořeny redukcionistického nastavení biomedicínského modelu můžeme najít v křesťanství a později v rozmachu vědeckého pozitivismu novověku. Dualismus těla a duše hlásaný křesťanskou ortodoxií zakazoval pitvu, jelikož tělo je křehkou schránkou, jež má donést duši na onen svět. „Není tedy překvapením, že s pozdějším ústupkem křesťanství pitvat tělesnou schránku současně přišel i „tichý“ zákaz zkoumat mysl a chování, protože tyto dva aspekty souvisí s vírou a duší, které by měly zůstat doménou církve“ (tamtéž, 130). Vědecké bádání ve svých počátcích stavělo čistě na anatomických a strukturálních poznatcích. Zaměřenost na fyzické a biologické aspekty posílila v novověku rozmachem analytického a kauzálního myšlení, které vědce dovedlo k názoru, že tělo funguje jako stroj a nemoc je důsledkem poruchy stroje. Úkolem lékaře je tento stroj „opravit“ v duchu mechanismu kauzálního řetězce. Fenomény, které nebylo možné vysvětlit biologicky-kauzálně (chování a emoce), byly vyloučeny z výzkumné oblasti. Engel upozorňuje, že „tento přístup je možné aplikovat ve vědě, ale v praxi existuje vysoké riziko, že tato exkluze ne-biologických fenoménů se stane politikou a jejich ignorace bude v léčbě samotné nakonec kontraproduktivní“ (tamtéž, s. 131). Ačkoli medicínský přístup v průběhu doby stojí za celou řadou přelomových objevů na poli diagnostiky a léčby, vytvořil, na

druhou stranu, celou řadu problémů, které se stále promítají do fungování zdravotnictví. Podívejme se nyní, jak se medicínský model se svými limity projevuje v praxi s důrazem na léčbu duševního onemocnění.

„Medicínský model představuje ideový rámec, který tvaruje myšlení, jednání, hodnoty a postoje lékařů“ (Řiháček, 2017, s. 190), a to ve vztahu (1) k nemoci, (2) léčebnému procesu a přístupu, (3) příjemcům zdravotní péče, a (4) ke konceptům zdraví a nemoci jako takových.

Z hlediska vztahu k nemoci je znakem medicínského modelu lékařovo zaměření na poruchu, dysfunkci, za jejichž nositele je považován pacient (Medical model, Mosby's Medical Dictionary, 2009). V běžné lékařské praxi je nemoc vnímána především z hlediska jejích somatických a biologických projevů. Zdraví pak představuje nepřítomnost patologie (Řiháček, 2017, s. 194–195).

Léčebný proces jako takový by měl být v rámci medicínského modelu standardizovaný a na důkazech založený. Požadavek standardizace umožňuje přiřadit jednotlivé diagnostické úkony i terapeutické postupy ke konkrétním poruchám a přinést jasné důkazy o jejich účinnosti (evidence-based medicine) (tamtéž, s. 199). V léčebném procesu lékař postupuje diagnosticko-terapeutickým přístupem, který vychází z předpokladu, že efektivní léčba je založena na dobře stanovené diagnóze vycházející z objektivního („pozitivního“) nálezu (tamtéž, s. 196). Základem léčebného procesu jsou tedy anamnéza, vyšetření a diagnostické testy. Následná léčebná intervence (lék, výkon, psychoterapie apod.) pak specificky ovlivňuje určitý symptom, přičemž podstatným kritériem účinnosti je vhodné nastavení dávkování této intervence (tamtéž, s. 198). „Cílem léčby je vyřešení problému, tj. zmírnění či odstranění symptomu, poruchy, dysfunkce“ (Medical model, Mosby's Medical Dictionary, 2009).

Vztah mezi příjemcem a poskytovatelem zdravotní péče je označován jako paternalistický, v němž řídicí roli má lékař. Lékař je zodpovědný za diagnostiku nemoci, rozhoduje, zda má být pacient hospitalizován a poté zdravotní péči sám řídí. Na pacientovi obvykle zůstává klíčové rozhodnutí, zda se odevzdá do rukou lékaře a bude přijímat léčbu, kterou lékař naordinuje (Anderson, 1995, s. 412–413).

Snaha definovat a klasifikovat nemoc (její příčiny, projevy a funkční důsledky), a specifický způsob nakládání s ní a jejím nositelem, pak tvaruje společenské vnímání toho, co znamená „být nemocný“ a „být zdravý“. Jinými slovy medicínský model se tak podílí na tvorbě norem a normality jedince i společnosti.

2.2.3 Limity a přínos medicínského modelu ve vztahu k psychoterapii

Jak píše Řiháček (2017), „ačkoli medicínský model našel uplatnění i v psychoterapii, aplikace některých výše zmíněných principů na tuto disciplínu může být problematická“ (s. 194).

Z hlediska vztahu k nemoci, psychoterapeutické systémy umožňují vnímat duševní poruchu a její symptomy nejen jako něco, co je třeba odstranit, ale jako součást bio-psycho-sociálního (popř. spirituálního) nastavení člověka. V pojetí člověka jako dynamického celku, v němž působí všechny tyto složky, může duševní porucha mít svou funkci a smysl (udržení systému, adaptace na nadměrný stres atd. – Chvála, Trapková, 2009). Z toho vyplývá, že v přístupu k poruše je třeba také vzít v úvahu, že jejím nositelem nemusí být jen člověk sám – patologie mohou generovat širší rodinné, společenské či environmentální kontexty (partner, párový či rodinný systém, riziková subkultura, nálada ve společnosti...) (Řiháček, 2017, s. 194–195). Dalším problémem, s nímž se psychoterapeuti mohou potýkat v přístupu k poruše, je skutečnost že mnoho diagnostických jednotek v psychiatrii nemá neurobiologický korelát, což znamená, že danou duševní poruchu nedoprovází žádné specifické neurobiologické projevy, jež by ji charakterizovaly či odlišovaly od jiných poruch (Engel, 1977, s. 131–132).

Od rozšířeného pohledu na koncept nemoci se pak odvíjí i odlišný přístup k jejímu léčení. Z pohledu psychoterapie můžeme zpochybnit snahu medicínského modelu o standardizaci léčebného procesu, jelikož psychoterapeutické manuály dostatečně nezohledňují (často ani zohlednit nemohou) některé interpersonální a vztahové aspekty (např. motivaci a očekávání klienta, kongruenci terapeuta, jedinečnost a situační povahu každého terapeutického sezení) (Beutler a Malik, 2002; Cooper, 2014. In: tamtéž, s. 195).

Diskutovat lze také o účelnosti a efektivnosti psychiatrických diagnostických systémů pro vedení psychoterapeutického procesu. Klasické diagnostické kategorie nezahrnují některé charakteristiky klienta, které mohou mít významný vliv na psychoterapeutický proces, proto si mnoho psychoterapeutických směrů vytváří vlastní diagnostické a klasifikační systémy (např. Operacionalizovaná psychodynamická diagnostika, Pracovní skupina OPD, 2013)

Sporný je dále požadavek objektivity nálezu. „Diagnostika duševních obtíží nemůže být nikdy zcela objektivní, jelikož pracuje jednak se subjektivními stesky („co klienti popisují“), jednak v rámci intersubjektivní zkušeností („co s nimi diagnostik/terapeut zažívá““ (tamtéž, s. 196).

Princip spojení specifické intervence s konkrétním účinkem vede v případě psychoterapie k předpokladu, že různé psychotherapeutické přístupy jsou různě efektivní u různých poruch (tamtéž, s. 198). Nicméně „výzkumy ukazují, že jednotlivé směry se co do efektivity v průměru neliší (Luborsky et al., 2002; Smith, Glass a Miller, 1980; Wampold, 2001b. In: Řiháček, 2017, s. 198) a že obohacování či naopak ochuzování terapeutických přístupů o různé techniky jejich efektivitu mění vůbec nebo jen nepatrně“ (Ahn a Wampold, 2001; Bell, Marcus a Goodlad, 2013. In: tamtéž, s. 198). Výzkumy rovněž upozorňují na existenci společných účinných faktorů psychotherapeutické změny (např. lidský kontakt, sociální vliv terapeuta, nabídnutí vysvětlení obtíží, očekávání účinku, zážitek procesu zlepšování), které jsou sdíleny nejen v rámci různých psychotherapeutických přístupů, ale i v řadě mimooborových praktik využívaných v různých kulturách a historických epochách k léčení duševních obtíží (Wampold, 2012, Frank a Frank, 1993. In: tamtéž, s. 198).

Z hlediska vztahu k příjemci zdravotní péče představuje paternalistický vztah problematický nástroj moci a kontroly. Výlučná odpovědnost lékaře za proces a výsledek a chápání lékařské intervence jako aktivního činitele změny může mít následující dopady na vnímání pacienta a léčebného procesu (Bohart a Tallman, 1999. In: tamtéž, s. 199): Oslabuje interpersonální povahu vztahu, a naopak zvýznamňuje technickou stránku intervence (autorita *evidence-based* postupů). Pacient je do jisté míry vnímán pouze jako objekt lékařské intervence, který se musí podřídit vůli lékaře. Tento přístup u pacienta podporuje pasivitu a tendenci zbavovat se vlastní odpovědnosti, a v extrémních případech může vést až k jeho dehumanizaci (Řiháček, 2017, s. 199–200).

Jednoznačné určení toho, co znamená „být zdravý“, „být normální“ v dané společnosti je nevyhnutelně spojeno s rizikem stigmatizace, nálepkování, předsudky vůči těm, kteří normu nesplňují. Zhoršení kvality života člověka s duševní poruchou je pak dáno jak skutečným funkčním omezením daným povahou poruchy, tak i tím, jak je porucha vnímána sociálně. Celá řada psychotherapeutických přístupů však zahrnuje koncept duševní poruchy do širší individuální normy pacienta/klienta, popř. společnosti (např. normalita stresu ve výkonové společnosti). Vnímání poruchy či jejích symptomů jako např. adaptivního mechanismu, komunikačního stylu, příležitosti k růstu, zprávy o změně, může pacientovi pomoci integrovat zkušenost s poruchou jako součást svého života a aktivně s ní nakládat.

Na druhé straně, medicínský model přináší do psychoterapie „(1) strukturaci a přehled psychopatologie, která usnadňuje orientaci odborníkům i klientům. Díky (2) důrazu medicínského modelu na individuální fungování psychoterapie dobře odpovídá současné

společenské poptávce. Snaha udržet (3) standardní, „evidence-based“ přístup podporuje výzkum a vývoj metody psychoterapie. Ukotvení psychoterapie jako zdravotní péče hrazené pojišťovnou (4) jednak snižuje práh dostupnosti tohoto druhu intervence, (5) jednak umožňuje kontrolu kvality psychoterapeutické péče a (6) nastavuje vysoký standard vzdělávání typický pro zdravotnictví“ (Řiháček, 2017, s. 204).

2.3 PCA a medicínský přístup

Jak již naznačuje předchozí podkapitola, aktuální snaha učinit psychoterapii, tedy léčbu duše, stejně propracovanou a efektivní jako somatickou léčbu, vyžaduje modifikaci přístupu ke všem aspektům léčebného procesu (k poskytovateli a příjemci péče, ke konceptu nemoci, ke konceptu léčby). Jak uvádí Höschl (2002) „v psychiatrii 21. století jsme svědky sbližování biologického a psychoterapeutického pojetí duševních poruch. Pomalu dochází ke stírání hranic mezi „práškaři“ a „duchaři“ (dokladem toho je např. skutečnost, že mnoho farmakologicky orientovaných psychiatrů absoljuje psychoterapeutické výcviky). Z hlediska pohledu na nemoc je organopatický koncept kauzality duševních poruch a psychologizující interpretace poruch s jasným somatickým podkladem nahrazen širším chápáním kauzality jako složitého systému vloh a činitelů zevního prostředí... V péči o pacienta se důraz na povinnou léčbu přesouvá na osobní zodpovědnost, povinnost žít se mění v právo zemřít, nařízení a vyhlášky jsou nahrazeny péčí na žádost pacienta. Smyslem léčby v duchu terapie již není potlačení choroby, ale potlačení bolesti a zajišťování kvality života, pokus eradikovat choroby se mění ve snahu nějak s chorobami zacházet (s. 36).

Různé formy těchto změn a jejich výsledky můžeme pozorovat i v kontaktu na člověka zaměřeného přístupu s prostředím zdravotnictví. Závěrečná část teoretického úseku této práce je věnována reflexi vztahu těchto dvou přístupů. Rogeriánští terapeuti bývají kritiky obviňováni, že nemají žádnou ucelenou teorii psychopatologie a omezují se jen na obecná prohlášení, např., „Úzkost, obrana, psychologická nepřízpůsobivost, a procesy v psychoterapii jsou chápány v kontextu snah udržet a prožít proměnu self“ (Kegan, 1982, s. 5). Rovněž Rogersův kritický postoj k diagnostice se částečně stal limitující pro fungování v medicínském prostředí (Nykl, 2012, s. 108 a Šiffelová, 2010, s. 120–121). Z důvodu absence ucelené teorie psychopatologie a klinické diagnostiky v původním konceptu PCA, tak jak jej stanovil Rogers, je proto v tomto směru mnoho prostoru pro rozpracovávání nových konceptů. Vztah PCA a medicínského přístupu se tedy neustále rozvíjí a jednotliví

odborníci, od dob Rogerse do současnosti, vytvářejí nejrůznější podoby integrace těchto dvou přístupů, aby pokryli „bílá místa“ teorie PCA.

Vzhledem k široké tematické diverzitě těchto snah, zejména zahraničních představitelů, není smyslem této podkapitoly představit všechny dosavadní teorie a koncepty uplatnění PCA v klinické sféře. Spíše se pokusíme nastínit obecné principy, jak se PCA může kombinovat s medicínským modelem, kterých si lze všimnout napříč díly různých rogeriánsky orientovaných odborníků.

2.3.1 Vzájemná kritika zastánců PCA a zastánců medicínského modelu

Hnacím motorem tvorby nových konceptů je samozřejmě vzájemná kritika. Podívejme se nejprve na kritiku ze strany zastánců medicínského přístupu. O Rogersových teoriích osobnosti, zdraví, terapie atd. by se mnohdy dalo obecně říct, že na člověku vyžadují radikální změny, a to jak v přístupu k druhým (v tomto kontextu k pacientům), tak i ve vlastním osobnostním nastavení a uvažování. V přístupu k člověku s duševní poruchou se pak tyto změny mohou zdát idealistické a nemožné. PCA je kritizován i za to, že nepočítá s medicínským modelem duševní poruchy a nepředpokládá, že specifická porucha vyžaduje specifickou léčbu, což v kombinaci s výrazně pozitivním přístupem (přímo nereflektujícím psychopatologii) může snižovat efektivitu popisu i léčby člověka s duševní poruchou. Akceptaci PCA jako plnohodnotného modelu péče také znesnadňuje určitá uzavřenost komunity rogeriánských terapeutů jiným proudům, a z ní vyplývající aktuální absence společného jazyka s psychologii a psychiatrií (Joseph, Worsley, 2005, s.1–4).

Kritické argumenty, jimiž se PCA ohrazuje, se víceméně shodují s těmi, jež předkládá psychoterapie při upozorňování na limity medicínského modelu. Rogers odmítá označování „pacient“, které automaticky člověka staví do pasivní a závislé role. Je skeptický vůči medicínskému způsobu diagnostikování a smyslu diagnózy pro samotnou terapii. Mechanismus redukce (člověka na soubor symptomů), kategorizace (tj. zařazení člověka na základě jeho chování pod různé typy duševních poruch) a expertizy (nadřazenost terapeuta) může vést k odosobnění přístupu, patologizaci pacienta/klienta a podpory jeho závislosti na terapeutovi (Šiffelová, s. 120–121).

2.3.2 Nové koncepce psychopatologie a psychodiagnostiky

Základní mechanismy, kterými se PCA propojuje s medicínským přístupem, se odvíjejí od toho, jak jednotliví zastánci PCA reagují na výtku, že PCA dostatečně nevysvětluje příčiny duševních poruch a chybí mu teorie psychopatologie. Dle Šiffelové (2010) se tito zastánci dělí na dvě skupiny, které zacházejí s PCA odlišným způsobem.

Jedna skupina se soustředí na důslednou aplikaci PCA a odmítá model psychopatologie a klasifikaci duševních poruch. V přístupu k duševní nemoci spoléhá tato skupina jednak na sílu aktualizací tendence, organismicky zakořeněné tendence dávat životu smysl a konstruktivně řešit problémy (tj. člověk přirozeně disponuje zdroji, jež mu mohou pomoci nemoc zvládnout), a také na univerzalitu základních terapeutických podmínek. Duševní nemoc je považována za důsledek nesouladu zvnitřněných podmínek ocenění a organismického hodnocení. Tento nesoulad však vypadá u každého jedince jinak (deprese, poruchy chování atd.), proto jedinou jistotu představuje dodržení základních terapeutických podmínek, které se však v každém terapeutickém vztahu také projeví odlišným způsobem, jelikož terapeut i klient jsou pokaždé jedinečnými bytostmi.

Naproti tomu, druhá skupina věří v užitečnost medicínského modelu jako klasifikačního a diagnostického systému, a tak se snaží o vytvoření nových, originálních koncepcí psychopatologie zaměřené na člověka, v nichž se PCA a medicínský model v různé míře prolínají (s. 121–122). Obecné principy a mechanismy tohoto prolínání si shrneme na příkladech několika konceptů psychopatologie a psychodiagnostiky zaměřené na člověka, které jsou na následujících řádcích krátce představeny.

Preterapie

Koncept preterapie pracuje s Rogersovou první terapeutickou podmínkou, psychologickým kontaktem – tj. navázání a udržení vztahu – jež je nezbytný k tomu, aby vůbec terapie mohla působit. Tvůrce konceptu Garry Prouty upozorňuje, že Rogers neuvedl teoretickou definici psychologického kontaktu a nezmiňuje konkrétní postupy, jak (znovu) nastolit kontakt, a také se nezabývá kvalitou kontaktu. Jsou zde však klienti, které psychiatrie označuje jako ty, kteří nereagují na terapeutické působení (často jde o klienty s psychózou, poruchou osobnosti či těžkou mentální retardací). Avšak preterapie velmi konkrétně dokazuje, že s lidmi se závažnou psychopatií lze pracovat i způsoby vycházející z PCA

Podle Proutyho klienti se zmíněnou psychopatií aktuálně nedokážou vstoupit do terapeutického vztahu, jelikož jejich schopnost uvědomovat si vlastní prožívání, jež je nezbytná pro navázání a udržení psychologického kontaktu, je snížena psychickou či organickou poruchou (Prouty, 2005, s. 35). Nicméně Prouty předpokládá, že člověk má vrozenou tendenci vyjadřovat své prožívání pre-expressivně. Ačkoli klient nemá zkušenost v daný moment integrovanou natolik, aby ji bylo možné vyjádřit smysluplně pro daný kontext, symptomatické chování, tedy

psychopatologické rysy, jsou projevem jeho snahy o vztah a cítění, které ještě nejsou na úrovni výrazu. Je tedy nutné vložit před samotnou terapii aktivity, které „přeloží“ toto pre-expresivní vyjadřování – jde vlastně o obnovu spojení mezi vnímáním, prožíváním a self (Prouty, 2002; Prouty, Van Werde, Pörtner, 2005; Van Werde 2002, 2005 in Šiffelová, 2010, s. 124).

Cílem preterapie je obnovení *kontaktních funkcí* klienta (schopnost kontaktu s realitou, schopnost uvědomění si vlastních nálad, pocitů a emocí, schopnost komunikovat toto prožívání pomocí slov), za úspěšné obnovení lze považovat projevy *kontaktního chování*. Zmíněnými aktivitami, kterými může terapeut obnovit tyto funkce, jsou *kontaktní reflexe* – terapeut odpovídá na projevy klienta a jeho situace (reflektuje prostředí, výraz tváře, tělesný výraz, slovního vyjadřování) (Prouty, 2005, s. 36–40).

Teorie inkongruence – Diferenciální model inkongruence (DIM)

Autorem teorie inkongruence je německý terapeut Gert-Walter Speierer. Jak již bylo zmíněno výše, inkongruence znamená „nepříjemný prožitek nesouladu self a zážitku jedince (Rogers, 1957, s. 98). Jelikož původní Rogersovy práce nedokázaly uspokojivě vysvětlit velmi odlišné výsledky terapií, jež Speierer pozoroval u svých pacientů s různými diagnózami, rozpracoval autor Rogersův koncept inkongruence a vytvořil ucelený diagnostický systém pro její zachycení a hodnocení, tzv. diferenciální model inkongruence (DIM).

Východiskem Speiereovy teorie je pohled na inkongruenci jako na zdroj psychopatologie, popř. stav, který psychopatologii provází, ale zároveň i jako na nevyhnutelnou zkušenost každého jedince bez ohledu na duševní poruchu. Zachování obou těchto perspektiv generuje nové aspekty práce zaměřené na člověka s duševní poruchou – tolerance k inkongruenci a copingové strategie k vyrovnání se s inkongruencí.

Diferenciální model se také zabývá původem inkongruence, jejími formami a projevy. Rovněž dělí poruchy a problémy podle míry prožívání a zvládání inkongruence. Původ inkongruence lze hledat ve třech zdrojích: (1) faktory sociální komunikace (prožívání nedostatku bezpodmínečného přijetí a empatie od významných druhých), (2) dispoziční faktory (zážitky ohrožující self dané psychickou poruchou), (3) nesociální životní události (materiální ztráty, tělesná zranění a nemoci).

Koncept inkongruence je diferencován do dvou forem. *Konfliktní inkongruence* se odehrává uvnitř self (rozpor mezi ideálním, reálným a organismickým self). Naproti tomu *nekonfliktní nebo stresová inkongruence* zahrnuje prožitky ohrožení self jako celku.

Prožívání inkongruence se pak může projevovat nadměrnou kognitivní, emocionální, behaviorální či tělesnou aktivitou nebo pocity zahlcení s prožitkem ztráty kontroly, nebo naopak snížením až inhibicí těchto projevů. Důsledkem prožívání inkongruence je pak snížené nebo negativní sebehodnocení a pocity méněcennosti.

Klinicky nebo sociálně významné poruchy a problémy lze rozdělit podle prožívané inkongruence na (1) *poruchy bez prožívání inkongruence*, (2) *poruchy, při nichž jedinec prožívá inkongruenci, ale dokáže ji kompenzovat*, a (3) *poruchy, u nichž jsou prožitky inkongruence natolik silné, že jedince dekompenzují, zneschopňují*.

Jak je již patrné z předchozí řádků, Speierer operacionalizoval inkongruenci jako soubor různých kategorií prožitků klienta. Tzv. analýza inkongruence (IA – inkongruence analysis) prošla několika revizemi, v nichž byly postupně přidávány metody sběru a zjišťování oněch prožitků. Poslední revize obsahuje tyto tři metody: „(1) analýza zápisů z rozhovoru zaměřeného na člověka a kontrolní dotazník vyplňovaný terapeutem nebo nezávislým pozorovatelem rozhovoru, (2) sebehodnotící dotazník (RIAI – Regensburg Incongruence Analysis Inventory) vyplňovaný klientem a (3) analýza materiálů, s jejichž pomocí lze kontrolovat kvalitu terapie (plán poradenské a terapeutické intervence, zhodnocení procesu a výsledků, způsob prezentace případů)“ (Speierer, 2013, s. 258).

Styly procesu zpracování zážitku

Styly „procesu zpracovávání zážitku“ nabízejí další konceptuálně ucelený způsob náhledu na psychopatologii. Autorka Margaret Warnerová v základech pracuje s pojmem *proces*. Podle Rogerse jsou lidský život a fungování člověka definovány procesem, neustálým a proměnlivým „*stáváním se*“ (Rogers, 2015, s. 84). Jinak lze proces také definovat jako „způsob, jak jedinec prožívá svět a jak dává smysl podnětům a informacím, kterým je vystaven“ (Rogers, 1996 in Šiffelová, 2010, s. 125–126). Warnerová (2000) ve své práci vychází z poznatků vývojové psychologie a upozorňuje, že proces dávání smyslu začíná již v raném dětství. Poukazuje na důležitost vztahu kojence s dospělými, kteří vstupují do procesu dávání

smyslu dítěti a pomáhají mu zvládnout vlastní zážitky tím, že v přirozené komunikaci a interakci jej učí věnovat pozornost svým zážitkům, přizpůsobovat jejich intenzitu, pojmenovávat je.

Proces vytváření a dávání významu zážitkům vnitřním i v mezilidských vztazích může být narušen, ať už v dětství nebo v pozdějším věku. Takto narušený proces se stává tzv. obtížným. Warnerová (2000, 2005) rozlišuje tři základní druhy obtížného procesu zpracovávání zážitků: křehký, disociativní a psychotický. Zde dochází k průniku PCA a medicínského přístupu k duševní poruše. Lidé, kteří mají dominantní některý ze tří druhů procesů, bývají označováni diagnózami schizofrenie, disociativní porucha atd. Avšak podle Warnerové obtížné procesy prožívají v určitých momentech všichni (klienti i terapeuti), v různých kombinacích a intenzitě, a v reakci na různé zážitky (In: Joseph, Worsley, 2005, s. 92–93).

Ve světle těchto předpokladů se přístup zaměřený na klienta a z něj vycházející terapie závažnějších duševních poruch již jeví smysluplněji. Proces je třeba vnímat jak součást self klienta. V přístupu je tedy esenciální empatie a porozumění klientově zážitku. Terapeut by neměl nabízet vlastní významy a měl by užívat jazyka klientova procesu. Klient musí zažít bezpodmínečné přijetí svého často diametrálně odlišného a v daném kontextu nesmyslného zážitku, aby získal odvahu a pocit bezpečí nutné k odkrývání smyslu a otevřel se jiným úhlům pohledu.

Model uschopňování klienta

Model uschopňování klienta (A Client Empowering Model) je koncept na osobu zaměřené diagnostiky a terapie. Pracuje se dvěma klíčovými principy Rogersova přístupu zaměřeného na člověka – *důraz na klientovy kompetence* (empowering client) a *pojetí osobnosti jako celku* (Ladd, 2012, s. 13).

Model se nesnaží nahradit nebo přepracovat systém diagnostiky dle DSM nebo vynalézt novou formu léčby. Poskytuje pouze vodítka, jak tuto tradiční diagnostiku obohatit o úhel pohledu zaměřený na člověka. V praxi to znamená, že kromě provedení základní diagnostiky a plánu léčby zaměřené na symptomy dle DSM, klient s terapeutem mapují a strukturují klientovu zkušenost, kterou má s daným duševním onemocněním, v různých oblastech jeho života.

Tento přístup opětovně vyzdvihuje několik aspektů profesionality pomáhajícího. Za prvé, k povinnostem pomáhajícího profesionála patří mj. vytvoření dobrého vztahu s klientem – ustavení terapeutické aliance, v níž klient a terapeut jsou

spolupracujícími partnery, kteří vnášejí do procesu významy o stejné důležitosti. Za druhé, model zdůrazňuje expertizu klienta v otázce vlastního prožívání a zkušenosti – klient je odborníkem na vlastní problém, a proto by se měl aktivně podílet na jeho diagnostice a plánování intervence (tamtéž, s. 20–22).

Model uschopňování klienta má složku diagnostickou a intervenční. Jak již bylo naznačeno, principem diagnostiky zaměřené na člověka je odkrývání smyslu každého fenoménu duševní poruchy. K tomu je potřeba pracovat s celou osobností (nezaměřovat se *jen* na některé stránky, např. chování, nebo myšlenky...). Klient s terapeutem kvalitativně mapují (pomocí strukturovaného rozhovoru, či dotazníku) klientovu zkušenost v těchto oblastech: (1) neurobiologie (jak se nemoc projevuje na neurologické úrovni), (2) osobní přesvědčení (o sobě, o nemoci), (3) specifické myšlenky, (4) specifické emoce, (5) vzorce chování doprovázející nemoc, a (6) vliv prostředí (jak se nemoc projevuje v interakci s prostředím). Výsledkem je pak zkušenostní schéma navzájem propojených fenoménů duševní nemoci, Schéma ukazuje, že klientova zkušenost v jedné oblasti bude mít pravděpodobně dopad i na další oblasti. Autoři uvádějí příklad zkušenostního schématu deprese: Deprese představuje soubornou zkušenost. I když klient zrovna hovoří o nespavosti, suicidálních myšlenkách či sociálním stažení, prožitek v každé oblasti tvoří celkový význam jeho prožívání deprese. Klient o sobě vždy referuje jako o celé osobnosti (tamtéž, s. 22–23).

Výhodou tvorby zkušenostních schémat oproti ryze symptomatické diagnostice je jejich unikátnost u každé duševní poruchy. Mnoho duševních poruch sdílí stejné symptomy, což může vést k nad-diagnostikování, a nakonec k identifikaci s problémem („Já jsem problém“). „Zkušenostní schéma naopak umožňuje poruchu lépe identifikovat (odlišit prožívání v různých oblastech), a tím přesunout klientem vnímané ohnisko problému na prožívání“ („Moje suicidální myšlenky jsou problém“) (Ellis, Dryden, 2007, tamtéž, s. 24).

Z výše popsané diagnostiky dle modelu uschopňování klienta vychází pak i principy intervence. Kromě redukce či odstraňování symptomů by se terapie měla soustředit na růst a změnu. Prakticky to znamená vytvoření individuálního plánu léčby na základě zkušenostních schémat (např. medikací je regulována nespavost, kognitivně-behaviorální trénink pomáhá zvládat obtížné myšlenky a chování, humanistická psychoterapie podpoří sebepřijetí a sebevědomí, rodinné poradenství redukuje některé negativní vlivy prostředí) (tamtéž, s. 27–30).

Shrňme si nyní základní principy a podmínky modelu uschopňování klienta:

- „diagnostika celé osobnosti (tradiční anamnéza symptomů a zkušenostní schémata poruchy),
- diagnostika každodenních vzorců neurologické aktivity, kognice, emocí, chování, postojů a sociálních zkušeností klienta,
- externalizace problému,
- terapeutická aliance,
- vytváření podkladů pro sledování pokroku, pro psychologické hodnocení, a pro strukturu následné péče o duševní zdraví“ (tamtéž, s. 25 a s. 29).

Pro praxi důležitou součástí konceptu uschopňování klienta jsou i soubory zkušenostních schémat různých poruch, které vzešly z kvalitativních výzkumů, a orientační návody jejich diagnostické tvorby a aplikace do plánu léčby.

Můžeme si všimnout, že předchozí koncepty přinášejí nové způsoby popisu, klasifikace a zacházení s psychopatologií. Na rozdíl od jiných terapeutických směrů, však necílí na žádnou konkrétní diagnostickou kategorii (např. KBT u afektivních poruch), a své mechanismy udržují v poměrně obecné rovině tak, aby bylo možné je aplikovat v přístupu k různým duševním poruchám.

Avšak, jak bylo popsáno výše, spojení konkrétní poruchy se specifickým léčebným postupem je základním rysem a do jisté míry i implicitním předpokladem v myšlenkovém nastavení praktiků v západním zdravotnictví (Řiháček, 2017 a Engel, 1977). Z rešerše dostupných zdrojů však vyplývá, že studií o aplikaci, specifických a účinnosti terapie zaměřené na klienta (CCT) jako léčebném postupu u konkrétní diagnostických okruhů je málo (v českém prostředí neexistuje žádná studia ani publikace). Příkladem jedné z prvních takových studií je Rogersův výzkum CCT s klienty se schizofrenií (Rogers, Gendlin, 1962). Další studie jsou sdruženy např. v publikaci *Person-Centred Psychopathology* (Joseph, Worsley, 2005). Několik autorů zde popisuje aplikaci PCA/CCT na konkrétní duševní poruchy či okruhy poruchy. Pro ilustraci, jak může vypadat terapie zaměřená na klienta s konkrétní duševní poruchou dále krátce představíme jednu ze studií.

Terapie zaměřená na klienta s post-traumatickou stresovou poruchou

Ačkoli s přístupem/terapií zaměřenou na klienta (PCA/CCT) se obvykle nepočítá při léčbě těžkých nebo chronických poruch, jakou může být i PTSD (post-traumatic stress disorder), tento terapeutický systém má dle studie Stephena Josepha

(2004) co nabídnout i klientům s traumatickou zkušeností (s. 101). Dle slov autora „záměrem studie není potvrdit, že přečtení Carla Rogerse může rozšířit teoretické porozumění PTSD, ale spíše prozkoumat rozsah, v jakém může psychoterapeut uplatnit teorii PCA/CCT v práci s traumatizovanými klienty (Joseph, 2004, s. 102).

Post-traumatická stresová porucha je „opožděná nebo protražovaná odpověď na stresovou událost nebo situaci (krátkého nebo dlouhého trvání) mimořádně ohrožující nebo katastrofické povahy, která je schopná způsobit silné rozrušení téměř u každého“ (Mezinárodní klasifikace nemocí, 2018, s. 220). Porucha se projevuje „epizodami znovuožívání traumatu v neodbytných vzpomínkách („flashbacks“), snech nebo nočních můrách, které se objevují na přetrvávajícím pozadí pocitu tuposti a emoční oploštělosti, stranění se od lidí, netečnosti vůči okolí, anhedonie a vyhýbání činnostem a situacím, upomínajícím na traumatický zážitek. Objevuje se vegetativní hyperreaktivita a zvýšená bdělost, zesílené úlekové reakce a nespavost. S uvedenými příznaky je obvykle spojena úzkost a deprese a nejsou řídce ani suicidální myšlenky“ (tamtéž, s. 220).

Pokud je psychoterapeut má v patrnosti, mohou následující principy a dílčí koncepty teorie PCA přinést nový pohled na dynamiku PTSD: aktualizací tendence, koncept plně funkční osobnosti, podmínky ocenění, sebepojetí (self-koncept).

Dle teorie PCA totiž posttraumatická stresová porucha znamená selhání a dezorganizaci struktury self. Self je „organizovaný, konzistentní pojmový útvar (gestalt) složený z vjemů charakteristik Já (I) a vjemů Já k druhým lidem (me) a k různým aspektům života, spolu s hodnotami, jež jsou s těmito vjemy spojeny“ (Rogers, 1959, s. 200. In: Říčan, 2010, s. 186). Člověk je vystaven zážitku tak silnému, který je tak nekompatibilní s jeho strukturou self, že daný jedinec není schopen zážitek integrovat. „Zážitky, které nejsou v souladu se strukturou self (jsou inkongruentní) jsou vnímány jako ohrožující.“ (Joseph, 2004, s. 105). Disociace těchto zážitků od vědomí (potlačení emocí a myšlenek) a vyhýbavé chování je pokusem jedince udržet konsistenci, soulad mezi vnímáním a strukturou self (tamtéž, s. 105). Schopnost integrovat zážitky, které k nám přicházejí z venku, a přijímat prožitky, jež vyvolávají, je výrazem vrozené aktualizací tendence (definice viz 2.1.1). Dle Rogerse (1959), pokud se člověku nedostává bezpodmínečného přijetí od významných druhých (což se obvykle neděje), jedinec si zvnitřní tzv. podmínky ocenění (In: tamtéž, s. 104). „Podmínky ocenění jsou v podstatě signály ze sociálního okolí o tom, jak bychom se měli chovat, abychom byli akceptováni a oceňováni.

V důsledku toho, se již od dětství učíme zkreslovat či potlačovat své zkušenosti a prožívání, tak abychom byli druhými přijímáni a byli v souladu s naším sebepojetím (self-konceptem). Naše sebepojetí je tak tvarováno těmito podmínkami ocenění.“ (Rogers, 1959. In: tamtéž, s. 104). Cílem terapeutického procesu (nejen u traumatu) je tzv. plně fungující osobnost. „Za plně fungující osobnost lze označit jedince, který je otevřen zkušenosti, nevytváří obranné mechanismy, je schopen pozitivního sebepřijetí, dokáže přesně interpretovat své prožívání a je realistický ve svém vnímání, a autentický v prožívání sebe samého“ (Rogers, 1959. In: tamtéž, s. 104). Nicméně, jak již bylo zmíněno, k povaze traumatických událostí patří i to, že jsou mimo rámec sebepojetí většiny lidí (zážitek je natolik abnormální, že jej nelze integrovat). Proto pouze jedinec, který se blíží ideálu tzv. plně funkční osobnosti, má potenciál zvládnout trauma a směřovat k růstu.

Praktické užití CCT při práci s traumatem je postaveno na dodržení Rogersových šesti nezbytných podmínek změny a růstu, které, když jsou přítomné v sociální prostředí člověka, podporují aktualizací tendenci (Joseph, 2004, s. 109). V tomto se CCT u PTSD nijak neliší od CCT u jakéhokoli jiného klienta. Rozdíly je možné zaznamenat ve způsobu naplňování daných podmínek. Za hlavní přínos této studie můžeme považovat uvedení 10 praktických závěrů pro práci s traumatizovaným člověkem v duchu PCA/CCT. Jde o praktické závěry, jež shrnují jednak některá fenomenologická a behaviorální specifika klienta s PTSD, jednak zdůrazňuje některé postojové kvality psychoterapeuta a nabízejí možné směry explorační klientovi zkušenosti. Na závěr uvádíme v parafrázované formě deset závěrů studie:

1) Neochota mluvit

Klient může být zprvu neochotný mluvit o traumatu a terapeut jej k tomu nenutí. Pouze klienta může jemně a bez hodnocení upozorňovat na fakt, že pro něj zjevně není lehké o traumatu hovořit. Terapeut sleduje klientův proces a snaží se zachytit vnitřní motivaci, která by klienta vedla k prozkoumávání myšlenek a pocitů spojených s traumatem.

2) Akceptace a porozumění

Terapeut je konstantní ve vyjadřování akceptace a porozumění klientovi. Když bude mít klient pocit, že jej terapeut akceptuje a rozumí mu, bude pravděpodobně ochoten hovořit o svých zážitcích.

3) Setrvání u klientova prožívání

I když klient nezačne mluvit o traumatické události, není terapeutovým úkolem jej k tomu navést. Pouze snaží porozumět klientovu prožívání, ať je v daný moment jakékoli, a toto porozumění klientovi sdělovat.

4) Psychologický kontakt

S lidmi zasaženými traumatickou událostí může být obtížné vůbec vstoupit do vztahu, proto je často prvním krokem při psychoterapii PTSD obnovení kontaktních funkcí (vnímání sebe sama a svého procesu, vnímání druhého), např. pomocí preterapie.

5) Přehodnocování zážitku

Úkolem terapeuta je pomoci klientovi při jeho procesu zkoumání a dávání smyslu traumatickým zážitkům. Terapeut vnáší do procesu i své vlastní významy tak, aby byly klientovi užitečné.

6) Zvládání negativních emocí

Pokud klient cítí intenzivní negativní emoce (strach, zoufalství, smutek atd.) není úkolem terapeuta tyto pocity odstranit, ale naopak vytvořit prostor, v němž klient i terapeut mohou s těmito pocity *být*.

7) Cvičení a aktivita

Není terapeutovým úkolem zadávat klientovi cvičení a či vést jej k aktivitě. Pokud si ale terapeut myslí, že jakákoli další intervence by mohla být klientovi užitečná, může mu to nabídnout jako možnost, kterou klient buď přijme nebo nechá být.

8) Růst jako proces

Ačkoli teorie PCA tvrdí, že klientův proces bude přirozeně směřovat k osobnostnímu růstu, pokud budou dodrženy všechny nezbytné podmínky, terapeut by to neměl a priori očekávat. Je naopak normální, že klient bude selhávat, stagnovat či regredovat ve svém procesu. Růst je cestou nikoli konečným stavem.

9) Individuální přístup a vyhýbání se hodnocení

Ačkoli jsou znalosti o povaze traumatu užitečné, terapeut by je neměl automaticky aplikovat na každého klienta (např. terapeut by neměl předpokládat, že konkrétní postup či aktivita budou pro klienta vždy užitečné). Terapeutický proces by se měl řídit individuálními potřebami a zvláštnostmi každého jedince.

10) Převzetí zodpovědnosti

Důležitou roli ve zvládnutí posttraumatické stresové poruchy hraje to, kde klient vnímá své „místo kontroly“ (locus of control). Rogeriánsky orientovaný terapeut věří, že klient má toto místo uvnitř sebe samého a pomáhá mu jej najít. Ačkoli terapeut dokáže vytvořit takový kontext, který podporuje post-traumatický růst, nepřebírá v tomto procesu za klienta zodpovědnost. Pouze klienta sám může tohoto růstu dosáhnout.

Jak píše Joseph, „...tento ‚seznam tipů‘ zcela jistě není vyčerpávající, a slouží pouze jako ilustrace, záchytné body v terapii PTSD a podpoře post-traumatického růstu“ (Joseph, 2004, s. 114–116).

2.3.3 Mechanismy a principy průniku PCA a medicínského modelu

Pokusme se nyní shrnout a částečně zobecnit, jakým způsobem se prolínají PCA a medicínský přístup a jak mohou vypadat výsledné kombinace těchto dvou odlišných modelů péče. Lze říct, že setkání obou přístupů se dějí na úrovni jak obecných principů přístupu ke klientovi/pacientovi, tak konkrétních metod a konceptuálních postupů. Přístupy se protínají jak v oblasti diagnostiky, tak v oblasti intervence, terapie. Prakticky se tato setkání odehrávají v osobě klinického odborníka, který je vycvičen v PCA. Na něm vlastně závisí, jak bude daná kombinace přístupů vypadat. Z rozboru textů vyplývá, že klinický psycholog či psychiatr vlastně pracují, ať už vědomě či nevědomě, s jakýmsi meta-mechanismy (jak spojit mechanismy PCA s mechanismy medicínského modelu), jejichž výsledkem je nějaká forma spojení těchto dvou přístupů.

a) Rozpracování teorie psychopatologie

Tvůrci vždy rozpracovávají část původní Rogersovy teorie, v níž spatřují nerozvinutý či nevysvětlený potenciál pro práci s psychopatologií. Za zmínku stojí, že daná část teorie se v literatuře na první pohled jeví jako velmi úzká, jako by průnik PCA a medicínského modelu stál pouze na propracování definice jednoho pojmu a rozvedení pojmové sítě. Příkladem je pojem *psychologický kontakt* v Proutyho konceptu preterapie. Je to pojem jasně spadající do PCA. Prouty však *psychologický kontakt* rozložil na další pojmy, které dávají smysl primárně v kontextu terapie člověka s duševní poruchou. Klient má oslabené *kontaktní funkce* (psychopatologie mu brání vstoupit do vztahu) a terapeut se snaží prostřednictvím *kontaktní reflexe* (reagování i na ty nejobyčejnější projevy klientova

prostředí – „pousmál jste se“, „venku je hezky“) tyto funkce obnovit. Obnovení těchto funkcí se projeví v *kontaktním chování* klienta (Šiffelová, 2010, s. 124–125). Tento způsob práce s teorií psychopatologie je vidět i při analýze pojmu *inkongruence* (vytvoření pojmů popisujících zdroje, formy, projevy inkongruence v DIM) a pojmu *proces* (rozvoj pojmové sítě kolem termínu *obtížný proces*), či při aplikaci teorie PCA na diagnostickou kategorii *posttraumatická stresová porucha*.

b) Vzájemná akceptace jazyka a terminologie

Pravděpodobně nejvýraznější a nejjednodušší spojení PCA a medicínského modelu stojí na mechanismu vzájemné akceptace jazyka a terminologie v rámci jedné teorie. Např. Speiererova teorie inkongruence operuje jak s pojmy PCA, tak pojmy medicínskými. Stejně tak model uschopňování klienta obohacuje klasický diagnostický jazyk DSM o „rogeriánské“ termíny *zkušenost*, *fenomény*. Tento průnik je odrazem obecně vysokých nároků na vzdělání klinického psychologa či psychiatra, který musí rozumět a užívat medicínskou terminologii, aby se vůbec domluvil s lékaři a psychiatry, a zajistil tak komplexnost péče člověka s duševní poruchou.

c) Náhled na medicínské principy optikou PCA

Dalším mechanismem průniku obou přístupů je náhled na medicínské principy optikou PCA. Výsledek tohoto procesu pak může následně vést i ke změně přístupu v praxi. Mnoho aktuálních trendů v medicíně vybízí k humanističtějšímu přístupu k člověku. Příkladem těchto snah je změna pohledu na příjemce péče, z „pacienta“ se stává „klient“. Výstižným příkladem toho, co znamená „být klient ve zdravotnictví“, je koncept uschopňování klienta. Klient, ačkoli má duševní poruchu, zde není jen objektem diagnostiky a intervence, ale i jejím aktivním tvůrcem a partnerem terapeutovi v tom, že přináší svoji jedinečnou zkušenost s duševní poruchou, která je jedním z klíčových pilířů následné intervence. Např. když klient s depresí hovoří o dlouhodobé nespokojenosti v práci, bylo by krátkozraké pouze tlumit depresivní symptomy bez toho, aniž bychom se zabývali významem pracovní nespokojenosti. Pohled na diagnostiku a diagnostické kategorie z perspektivy zaměřené na člověka zdůrazňuje jejich význam pro klientovu (ale i terapeutovu) potřebu bezpečí a porozumění.

d) Implementace jednotlivých principů

Klinický psycholog či psychiatr může také kombinovat PCA a medicínský model tím, že přebere dílčí principy jednoho přístupu a implementuje je do druhého. Implementaci principů PCA do medicíny jsme již několikrát zmínili (veškeré intence změny „od pacienta“ ke „klientovi“). Příkladem opačného postupu (z medicíny do PCA), může být vnesení objektivity do vztahu zaměřeného na klienta (s cílem popsat inkongruence) prostřednictvím standardizovaných nástrojů (sebehodnotící dotazník, vnější pozorovatel). Pomyslné otevření terapeutického vztahu těmito standardizovaným zprostředkovatelům může PCA opět posunout směrem k „evidence-based“ přístupům, které jsou vysoce ceněny přírodními vědami včetně medicíny.

e) Průnik rolí

Jak už bylo naznačeno, průnik PCA a medicínského modelu můžeme rovněž sledovat i v rolích pomáhajícího odborníka. Na příkladu Speiererovy teorie inkongruence můžeme vidět, že ačkoli stále jde o terapii zaměřenou na člověka, tak terapeut do určité míry hodnotí a klasifikuje pacientovy/klientovy projevy. Dalo by se říci, že si tím zachovává určité expertní aspekty své role, které jsou typické spíše pro lékařský přístup.

Uvedené mechanismy průniku PCA a medicínského přístupu uzavírají teoretickou část práce a současně vytváří pomyslný most k jejímu výzkumnému záměru – zmapovat, jakým způsobem kliničtí psychologové a psychiatři spojují PCA se svou praxí v oblasti léčby duševních poruch.

3. VÝZKUMNÝ DESIGN

V této části jsou shrnuty základní okolnosti výzkumu. V první části představujeme důvody pro zkoumání pozice PCA v klinické sféře a pokládáme úvodní výzkumnou otázku, z níž pak vycházíme do cílů této práce. Na drobném exkurzu do teorie je osvětleny důvod a výhody použití polostrukturovaného rozhovoru jako metody sběru dat. Dále je popsán průběh získávání dat, od kontaktování respondentů k jejich analýze. Závěrečný popis způsobu analýzy dat je pak mostem do další kapitoly, ve které je tato analýza podrobně zmapována.

3.1 Předpoklady a výzkumný záměr

Hlavní motivací k prozkoumání pozice přístupu zaměřeného na člověka v klinické praxi bylo opakované setkání se dvěma druhy předpokladů (možná až stereotypů) o PCA, které se ale navzájem částečně vylučují.

První předpoklad vychází ze studia textů Carla Rogerse – *Způsob bytí, Být sám sebou*. Rogers svoji filosofii mezilidských vztahů a pomáhání popisuje poměrně srozumitelně a relativně jednoduše – nevytváří složité, abstraktní pojmové sítě, ale naopak staví hodně na vlastní terapeutické, poradenské a pedagogické zkušenosti. Se zachováním kritického odstupu lze říct, že možná právě díky tomuto autentickému a jednoduchému popisu působí esenciální základy PCA velmi univerzálně. Tedy pokud jsme schopni alespoň v minimální míře empaticky naslouchat druhému, a se zachováním vlastní opravdovosti přijímat jeho prožívání jako něco, co je jemu vlastní a opravdové, máme potenciál budovat a zlepšovat jakékoli vztahy (pomáhající, pedagogické, pracovní, rodinné, partnerské...).

Druhý předpoklad však tuto univerzalitu zpochybňuje. PCA jako hlavní terapeutický přístup by mohl u „náročnějších“ klientů, obvykle se závažnějšími duševními poruchami (hluboké deprese, schizofrenie, poruchy osobnosti...), být nedostatečný. Základní vztahové podmínky v kombinaci s deklarovaným nedirektivním přístupem se rázem mohou stát zdrojem těžkých terapeutických dilemat a úkolů. Jak akceptovat roztržštěnou realitu člověka s psychózou? Jak nakládat s tím, když klientova opravdová potřeba je ukončit život? Jak nalézt aktualizační tendenci u silně nemotivovaného klienta?

Tyto předpoklady generují otázku, která stojí na pozadí výzkumného záměru této práce: **Jak „živý“ je přístup zaměřený na člověka v práci s člověkem s duševní poruchou?** Ona „živost“, popř. „životaschopnost“, odkazuje na různé způsoby, jakými kliničtí psychologové a psychiatři, kteří absolvovali výcvik PCA a pracují v jeho duchu,

zacházejí s principy tohoto přístupu, jak je kombinují s principy medicínského modelu a vyrovnávají se s případnými limity obou přístupů. Výzkumným záměrem této práce je **zjištění konkrétních diagnostických, terapeutických, etických konceptů a konceptů osobní filosofie a pomáhání**, v nichž dotazování kliničtí psychologové a psychiatři fungují. Soubor těchto konceptů pak tvoří základ teorie zkušenosti klinického psychologa či psychiatra s aplikací PCA v klinické praxi.

3.2 Průběh sběru dat

Kontakty na respondenty byly získány jednak od vedoucí práce na základě osobní známosti z výcviku PCA, jednak zprostředkovaně od vedoucích členů PCA institutu v Praze Daniely Rös Šiffelové a Venduly Junkové. Do výzkumu bylo pozváno jedenáct respondentů – tři psychiatři a osm klinických psychologů a psycholožek, kteří praktikují PCA. Respondenti byli kontaktováni e-mailem, v němž dostali informace o tématu práce „Přístup zaměřený na člověka a jeho místo v klinické praxi“ a okruhy otázek (jakým způsobem terapeut v sobě integruje prolínání PCA a medicínského přístupu, přínos a uplatnění PCA výcviku, osobní přístup k psychopatologii, osobní filosofie pomáhání). Byli informováni o orientační délce rozhovoru a o možnosti určit si termín a místo setkání. Pozvání do výzkumu přijalo šest respondentů a k rozhovorům jich bylo vybráno pět – jeden psychiatr a jedna psychiatricka, jeden klinický psycholog a dvě klinické psycholožky.

Všechny rozhovory proběhly ve třech týdnech od 27. 9. 2019 do 15. 10. 2019. v místě a čase, které navrhli respondenti. Na začátku setkání vždy respondenti nejprve podepisovali informovaný souhlas s rozhovorem, jeho nahráním a použitím jako zdroje dat (viz Příloha č. 1), a bylo jim znovu sděleno téma práce. Dostali ujištění o anonymizaci dat a byli upozorněni na možnost finální autorizace své výpovědi. Setkání ani samotné nahrávané rozhovory nebyly předem striktně časově omezeny, respondentům bylo dáno tolik prostoru, kolik potřebovali. Rozhovory trvaly vždy okolo hodiny (nejkratší trval 55 minut a nejdelší 80 minut). Závěr setkání byl vždy vyhrazen pro dotazy respondentů směrem k tazateli.

3.3 Metoda sběru dat

Zkušenostní povaha konceptů, v nichž kliničtí, na člověka zaměření psychoterapeuti fungují, je ve výzkumu zachycována pomocí polostrukturovaného rozhovoru (viz Příloha č. 2). Polostrukturovaný rozhovor se vyznačuje určitou mírou volnosti jak v aktivitě tazatele, tak v odpovědích respondenta. Tázající má předem připravený soubor okruhů, témat, a

otázek k nim směřujících, nicméně, mapování těchto okruhů a pokládání otázek individualizuje podle každého respondenta. Z hlediska formy jsou otázky otevřené a pokládány volně (s velkou mírou vágnosti a nesugestivnosti) (Ferjenčík, 2010, s. 175). Tázající je může v průběhu rozhovoru doplňovat, přehazovat jejich pořadí, či je úplně vynechat podle kontextu a situace (zázemí respondenta, ochota a sdílnost, situační tlaky...). Klesá rovněž kontrola odpovědí dotazovaného. Způsob, forma odpovědi zůstává víceméně volná, respondent si sám může vybrat styl odpovědi (Tamtéž). Díky variabilitě způsobu dotazování se u každého respondenta tak může trochu lišit i obsah výpovědí nad jednotlivými okruhy. Tazatel se snaží rozvinout předchozí témata nebo hledá nové směry, podle toho, co dotazovaný sděluje (Hendl, 2005, s. 175).

V této práci bylo stanoveno sedm základních okruhů rozhovoru – Zázemí praxe, Volba profese, Volba PCA, Význam PCA, PCA v klinické praxi, PCA a medicínský model, Dopady PCA na život mimo praxi – na něž byli respondenti vždy tázáni otevřenou otázkou a byl jim ponechán prostor pro libovolně dlouhé sdělení. Každý okruh byl dále pročleněn na několik témat, u nichž se očekávalo, že se k nim respondenti vyjádří buď sami v rámci úvodního sdělení nebo na doplňující otázku tazatele. Tato struktura sloužila pouze jako opora a tazatel se nechával respondenty vést. Každý rozhovor se tak stává jedinečný nejen po formální, ale částečně i po obsahové stránce, neboť tazatel se nechával zavést k tématům, jež jsou vlastní danému odborníkovi a jeho praxi. Na následujících řádcích nalezneme výčet okruhů rozhovoru spolu se základními otázkami a dílčími tématy:

Okruh 1: ZÁZEMÍ

základní otázka: *Povězte mi o své současné praxi.*

témata: délka praxe, prostředí praxe, klientela, specializace, další výcviky

Okruh 2: VOLBA A VÝZNAM PROFESE

základní otázka: *Proč jste si zvolil/a profesi klinického psychologa/psychiatra? Co byste doporučil/a těm, kteří se chystají vstoupit do profese klinického psychologa/psychiatra? (tato otázka byla pokládána na konci rozhovoru)*

témata: důvod zájmu o klinickou sféru, spokojenost s profesí, role možnosti praktikovat psychoterapie

Okruh 3: VOLBA PCA

základní otázka: *Proč jste se rozhodl/a pro PCA?*

témata: důvod zájmu o PCA, osobní/profesní motivace, vstup do výcviku a pozice výcviku

Okruh 4: VÝZNAM PCA

základní otázka: *Co pro vás znamená PCA?*

témata: význam osobní/profesní, jazyk a pojmy PCA

Okruh 5: PCA V KLINICE

základní otázka: *Jak se PCA projevuje ve vaší klinické praxi?*

témata: jazyk (vyšetření, zápisů, terapie), klient (vztah a postoj ke klientům), patologie (vztah a postoj k patologii, způsob práce s patologií), diagnostika, klasifikace (vztah a postoj k diagnostice), terapie (podoba, ideál, kombinace s jinými přístupy), silné stránky PCA, limity a výzvy (praxe, aplikace PCA)

Okruh 6: PCA A MEDICÍNSKÝ MODEL

základní otázka: *Jak se PCA snáší s medicínským modelem a praxí ve zdravotnictví?*

témata: vnímání medicínského modelu, limity spojení medicínského modelu a PCA, hranice užití medicínského modelu a PCA, výhody spojení medicínského modelu a PCA

Okruh 7: DOPADY PCA NA ŽIVOT MIMO PRAXI

základní otázka: *Vnímáte nějaké hlubší dopady PCA na váš život i mimo praxi?*

témata: osobnostní změny, změna hodnot, výcviková zkušenost, formující literatura, podpora ve vytrvání v PCA

Rozhovor byl obvykle zakončován otázkou: *Chtěl/a byste ještě doplnit něco, co nezaznělo?*

Výpovědi nad jednotlivými okruhy byly nahrány na diktafon a získaný záznam byl přepsán (v původním znění) a zaslán respondentům k autorizaci. Autorizovaný přepis výpovědí nad jednotlivými okruhy a tématy představuje základní zdroj kvalitativních dat. V příloze této práce jsou k dispozici přepisy respondentů, kteří souhlasili s uveřejněním.

3.4 Forma dat a způsob analýzy

Při analýze dat se inspirováme přístupem tzv. zakotvené teorie (grounded theory), který vyvinuli Strauss a Glaser. „Zakotvená teorie je návrhem hledání specifické ‚substantivní‘ teorie, která se týká jistým způsobem vymezené populace, prostředí nebo doby.“ (Hendl, 2005, s. 243). Tato práce se zaměřuje na klinické psychology a psychiatry, kteří aktivně ve své praxi pracují v přístupu zaměřeném na člověka (PCA) s lidmi s duševním onemocněním.

Základní data představují přepisy výpovědí pěti respondentů. Z hlediska formy dat, jsou přepisy ponechány v semiformální podobě (hovorový a nespisovný jazyk, volná větná struktura) z důvodu zachování částečně fenomenologické povahy výzkumného záměru práce. Pro zmapování a pojmenovávání významů, které respondenti přikládají PCA, slouží jak obsah výpovědí, tak i způsob, jakým o problematice hovoří.

Přiblížme nyní stručně způsob analýzy rozhovorů. V analýze dochází ke konceptualizaci zkušenosti klinických psychologů a psychiatrů s přístupem zaměřeným na člověka. V prvním kroku, při čtení prvního přepisu, bylo v rozhovorech identifikováno 10 základních významových jednotek – témat/kategorií, která se vynořila obvykle na základě připravených otázek. Po přečtení zbývajících čtyřech rozhovorů a v průběhu analýzy se kompletní seznam témat ustálil na čtrnácti. Úseky jednotlivých výpovědí vztahující se k danému tématu byly utříděny a opětovně kódovány opět na základě významu, který respondenti danému tématu přikládají. Takto vznikla již unikátní významová osnova ke každému tématu, tj. nové kódy, které již reflektují, jak respondenti organizují svoji zkušenost v tom daném tématu – jak danému tématu rozumí, jak o něm hovoří, co pro ně znamená atd. V průběhu analýzy výpovědí došlo k zániku některých kategorií a vzniku jiných.

Prvotním produktem analýzy dat (přepisů rozhovorů) jsou v 4. kapitole popisy každého ze čtrnácti témat. Analytické závěry jsou podloženy přímými citacemi z rozhovorů. Popisy jsou sdružené do bloků. Bloky rozděluje témata na ty, které se týkají spíše PCA jako takového, a témata reflektující více klinickou praxi. V druhém kroku, v 5. kapitole, jsou pak významy a kategorie, pomocí nichž respondenti uchopovali dané téma (v popisech témat jsou tyto zvýrazněny tučným písmem), shrnuty do tzv. *zkušenostních konceptů*. Zkušenostní koncept je novým termínem v této práci. Označuje soubor významů, které respondenti přikládají své zkušenosti s různými aspekty klinické praxe (např. zkušenostní koncept o diagnostice zachycuje, jak respondenti vnímají tuto klinickou). Zvláště si všímáme, jak se do zkušenostního konceptu promítá PCA. V posledním analytickém kroku odhalujeme

dynamiku těchto zkušenostních konceptů, kterou představuje několikero společných meta-mechanismů jejichž prostřednictvím se PCA uplatňuje v klinické praxi. Zkušenostní koncepty a mechanismy aplikace slouží jako pomyslné „kotvy“, základní opěrné pilíře pro finální produkt výzkumných snah – teorii zkušenosti s PCA v kontextu klinické praxe.

4. ANALÝZA DAT

V této části diplomové práce je představeno první zpracování dat získaných rozhovory s respondenty. Podkapitola 4.1 slouží k seznámení se samotnými respondenty a jejich profesním zázemím. V subkapitole jsou utříděny respondenty podané informace týkající se formálních kontextů klinické praxe. Výpovědi o tom, jak dlouho, v jakém prostředí a s jakými „nástroji“ respondenti praxi vykonávají nám vytyčí základní kontury obrazu „PCA v klinické praxi“.

Podkapitola 4.2 je pak jádrem praktické části práce, jelikož představuje systém třídění a uspořádávání výpovědi respondentů do tematických celků, které tvoří základní pilíře zakotvené teorie. Pro přehlednost a pohodlnější sledování analytické práce je v této podkapitole užit formální úprava textu. Kategorie jsou seřazeny do tematických bloků a očíslovány postupně od 1) do 14). Analytické závěry jsou pravidelně dokládány přímými citacemi rozhovorů. Citace výpovědi respondentů jsou od běžného textu odlišeny kurzívou a menším fontem písma a v textu jsou umístěny dvojím způsobem. Pokud jsou výpovědi kratšího rozsahu citujeme je v závorkách za odkazovaným závěrem. V případě delšího rozsahu či většího počtu výpovědi jsou citace za odkazovaným závěrem uspořádány v odrážkách jako seznam.

Předtím než přejdeme k samotné analýze, je třeba upozornit na menší terminologickou nepřesnost. V rozhovorech o psychoterapii, tedy léčbě duše, respondenti i tazatel opakovaně užívají zkráceného pojmu „terapie“, který však označuje léčbu jako takovou. V jazyce každodenní praxe klinického psychologa a psychiatra (a nejen jich) je běžné označovat psychoterapii pouze jako „terapii“ s plným zachováním významu původního termínu. V jazyce výzkumné analýzy této práce jsou pak již termíny „terapie“ a „psychoterapie“ užívány korektně.

4.1 Analýza formálních kontextů praxe

Úvodní analýza mapuje kontexty, v nichž se dotazovaní respondenti pohybují a z nichž ve své praxi vycházejí. Pro vytvoření kategorie „kontextů“ byly použity pouze informace, které respondenti uváděli v odpovědích na úvodní výzvu „Povězte mi o své praxi.“ nebo je dále zmínil v souvislosti s některým ze čtrnácti témat. V analýze výpovědi můžeme identifikovat čtyři formální parametry, kontexty praxe: (1) prostředí a (2) délka trajektorie praxe, (3) specializace, (4) doplňkové vzdělání. Můžeme si všimnout, že jde o zachycení, do jisté míry, spíše formálních parametrů praxe. Lze však předpokládat, že dané

kontexty ovlivňují to, jak respondenti uvažují o výše uvedených třinácti oblastech jejich praxe. Proto tyto formální parametry jsou pomyslnou páteří zkušenosti respondentů a spolu se stanoveným výzkumným záměrem dávají určité hranice následné hlavní analýze témat.

V souladu s jednou z výchozích podmínek se všichni respondenti pohybují v prostředí klinické praxe, ale v různých jejích sektorech. Prostředí, v němž se pohybují respondenti–kliničtí psychologové (dvě ženy a jeden muž), zahrnuje soukromou ambulanci klinické psychologie, psychoterapeutické sanatorium a psychosomatickou kliniku. Praxe respondentů–psychiatrů se odehrává v psychiatrické ambulanci na poliklinice a v denním stacionáři na psychiatrickém oddělení v rámci nemocnice. Všichni respondenti tedy hovořili o praxi ambulantní, nebo ve formě denního stacionáře. Kromě praxe v klinické sféře zmiňovali respondenti, že poskytují své služby i soukromě. Jde o obvykle o psychoterapii klientů, kteří nechtějí mít zdravotnický záznam, dále o supervizi či vedení výcviků, a jeden z respondentů se také angažuje v oblasti psychologie práce, kde uplatňuje PCA v managementu firmy.

Doba, po kterou jsou respondenti v klinické praxi, se pohybuje od 10 do 22 let. Respondentky-ženy uvedly délku praxe 15, 18 a 22 let a zmiňovaly pauzy na mateřskou dovolenou. Délka klinické praxe respondentů-mužů je 10 a 17 let. Dle těchto čísel, lze o respondentech usuzovat, že jsou již zavedenými odborníky a ve své praxi jsou „usazení“.

Až na stejnou délku postgraduálního vzdělávání potřebného k výkonu profese klinického psychologa a profese psychiatra, se kariérní trajektorie u respondentů odlišují. V počátcích své praxe zmiňují dvě respondentky např. práci na linkách telefonické krizové intervence. Dále se na začátku kariéry objevuje dobrovolnické působení ve středisku pro mládež při nemocnici nebo stáž v psychiatrické léčebně. Tyto drobné zmínky podporují pozdější výpovědi respondentů o jejich orientaci na pomáhající profese a velký zájem o práci s lidmi s duševním onemocněním.

V kontextu specializace respondenti uváděli buď specializaci na určitou klientelu nebo specializaci na určitou činnost. Typ klientely a typ činnosti souvisí s tím, v jakém prostředí respondenti praxi vykonávají.

Z hlediska typu klientely, všichni respondenti přirozeně pracují nejčastěji s lidmi s duševním onemocněním. Užší zaměření na konkrétní diagnostické okruhy můžeme pozorovat u třech z nich. U dvou respondentů pracujících v psychoterapeutickém sanatoriu se objevuje více klientů s psychotickým onemocněním, s poruchami nálad a s poruchami osobnosti. Respondentka-psychiatra, která pracuje v denním stacionáři, se v duchu zaměření tohoto psychiatrického oddělení více setkává s pacienty s úzkostnými a depresivními

poruchami. Všichni respondenti pracují s dospělými klienty, a respondenti-kliničtí psychologové fungující v ambulanci a psychoterapeutickém stacionáři zmiňují i práci s dětmi, dospívajícími a s rodinným systémem. Do ambulance klinické psychologie nejčastěji přicházejí děti s neurotickými poruchami, disharmonickým vývojem či poruchami chování.

Z hlediska typu činnosti všichni respondenti aktivně praktikují psychoterapii, a to nejčastěji ve formě individuální a skupinové. Převahu skupinového vedení psychoterapie nalezneme v psychoterapeutickém sanatoriu a v denním stacionáři. Upozorníme zde na jemný rozdíl mezi „psychoterapií“ a „psychoterapeutickým působením“. Psychoterapii jako odbornou činnost nejvíce provádějí respondenti-kliničtí psychologové. Nicméně, z analýzy výpovědí vyplývá, že všichni respondenti vnímají, že i jiné činnosti než psychoterapie – diagnostika, poradenství, psychiatrická konzultace – mohou mít psychoterapeutickou povahu. Psychologická vyšetření a testování, jako další činnost klinického psychologa, provádí pravidelně a nejčastěji respondentka pracující v soukromé ambulanci klinické psychologie. Respondenti z psychoterapeutického sanatoria přenechávají tyto činnosti psychiatrům daného pracoviště. U respondentů-psychiatrů můžeme pozorovat poměrně vyrovnanou dualitu jejich činnosti. Přibližně poloviční část jejich praxe vždy tvoří základní psychiatrická péče, která zahrnuje plánování a poradenství ve strategii léčby (medikace a indikaci psychoterapie), druhou polovinu pak psychoterapie (individuální, skupinová, rodinná).

Kontext doplňkového vzdělání dotváří celkový obraz „formálního“ zázemí, profesních základů, na nichž respondenti vystavěli svoji praxi. Společným znakem psychoterapeutického vzdělání respondentů je skutečnost, že každý má pouze jeden komplexní, „velký“, psychoterapeutický výcvik, který však doplňuje různými kurzy a výcviky menšího rozsahu. Tato potřeba a princip tohoto obohacování je podrobněji rozebrán v rámci tématu 2) „*PCA v praxi*“ – *Pozice PCA v širším kontextu*. Nyní pouze shrňme, jakými aktivitami respondenti rozšiřují své vzdělání. Respondentka-klinická psycholožka absolvovala kurz Kids Skills, který vychází z psychoterapie orientované na řešení uzpůsobené pro dětské klienty. Dva respondenti-kliničtí psychologové rozšířili svou praxi o výcvik v Otevřeném dialogu (Open Dialogue), který jim umožňuje efektivněji pracovat se sociálním okolím klienta (zejména s rodinou). K dalším doplňkovým kurzům, patří kratší zahraniční výcvik v PCA se zaměřením na partnerské a manželské páry, který absolvovala respondentka-klinická psycholožka z psychoterapeutického sanatoria. Výcvikem pro práci s tělem v psychoterapii (rovněž v duchu PCA) doplnil svou praxi v ambulanci respondent-

psychiatr. Respondentka-psychiatra využívá v práci s pacienty s úzkostnými a depresivními poruchami znalosti a techniky z kurzu MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction). Respondenti dále kontinuálně rozšiřují své vzdělání prostřednictvím workshopů, konferencí, studiem jiných přístupů než PCA a četbou literatury.

4.2 Analýza témat

Jak již bylo zmíněno, analytickým rozbořem rozhovorů jsme získali několik základních konceptuálních kategorií a témat, společných všem respondentům. Výše popsané obecné okruhy otázek, které dostaly všichni respondenti, generují výpovědi o významu PCA a vztahu k němu, o různých aspektech klinické praxe, zejména o diagnostice, psychoterapii, psychopatologii, o filosofii medicínského modelu, a o okolnostech profese klinického psychologa a profese psychiatra jako takových. Některé výpovědi se pak prolínají napříč různými tématy a bylo třeba rozhodnout o jejich zařazení dalším pročlenění již získaných kategorií. Takto vzniká výsledných čtrnáct kategorií výpovědí, témat analýzy, které pro přehlednost uspořádáváme do čtyř bloků:

Blok 1 – VZTAH K PCA

- 1) „PCA v člověku“ – Pozice PCA v užším kontextu
- 2) „PCA v praxi“ – Pozice PCA v širším kontextu
- 3) Pohledy na teorii PCA
- 4) Vývoj postoje k PCA

Blok 2 – BYTÍ S KLIENTEM ANEB CO SE DĚJE PŘI SEZENÍ

- 5) „Vztahové kvality“ – Výchozí postoje
- 6) „Vztahové kvality“ – Chování a jednání

Blok 3 – ZKUŠENOST S KLINICKÝM PROSTŘEDÍM

- 7) Diagnostika a její smysl
- 8) Co je to psychoterapie
- 9) Vztah k psychopatologii
- 10) Zkušenost s medicínským modelem a praxi ve zdravotnictví

BLOK 4 – OKOLNOSTI PRAXE/PROFESE

- 11) Motivace k profesi
- 12) Limity klinické praxe
- 13) Výzvy klinické praxe
- 14) Zdroje zvládnutí profese

Po analýze rozhovorů, jejímž výsledkem je tato osnova, jsou rozboru podrobeny jednotlivé, nově vzniklé kategorie. Každá z nich je zkoumána stejným způsobem, z čehož vyplývá, že i výsledný popis každé kategorie je obdobný. Nejprve vždy popisujeme, (1) co kategorie vyjadřuje, jaká témata zaštiťuje. Každá kategorie je sycena výpověďmi, které zaznívají v kontextu hovoru o různých tématech. Další část popisu je tedy tvořena (2) souhrnem kontextů, v nichž se dané téma objevuje (např. téma *Diagnostika a její smysl* se objevuje v hovoru o motivaci ke vstupu do profese, o projevu PCA v klinické praxi, o kontrastu PCA a medicínského modelu, o diagnostické činnosti a jejím smyslu, o standardní vs. na člověka zaměřené diagnostice). Nejobsáhlejší část popisu mapuje (3) analýzu obsahu dané kategorie a mechanismů, které ji utváří. Výpovědi zde již kódujeme unikátními hesly a systémy hesel (zvýrazněny tučným písmem), které ilustrují podobu a fungování jednotlivých zkušenostních konceptů k danému tématu.

Blok 1 – VZTAH K PCA

Úvodní blok sdružuje kategorie výpovědí, v nichž respondenti různým způsobem vyjadřují svůj vztah k přístupu zaměřenému na člověka jako takovému z různých hledisek. Sdílejí svůj pohled na PCA jako na jednu z kvalit jejich života či jako na filosofii jejich praxe. Nahlíží PCA také z hlediska teorie směru a reflektují své postoje k tomuto přístupu.

1) „PCA v člověku“ – *Pozice PCA v užším kontextu*

Toto téma je prvním analytickým zpracováním toho, jak respondenti subjektivně vnímají přístup zaměřený na člověka, jaké místo zaujímá v jejich životě. V analýze vycházíme z výpovědí, které následovaly bezprostředně po otázkách: „Co pro vás znamená PCA?“ a „Měl PCA nějaké hlubší dopady na váš život i mimo praxi?“. Hovor o významu a důsledcích PCA nelze, jako v případě ostatních témat, úplně jasně situovat do konkrétních kontextů (např. rozhovor o diagnostice, psychopatologie atp.), výpovědi vždy spíše odkazují přímo k jedinci, respondentovi – jeho asociacím, pocitům, aktivním konstrukcím (žité hodnoty a postoje) a vůbec aktuální schopnosti vyjádřit se k poměrně abstraktním otázkám. Právě z důvodu zaměření na významy a projevy daného jedince zde hovoříme o pozici PCA v *užším kontextu*.

Pokud se podíváme na výběr odpovědí, kterými respondenti reagovali na otázku „Co pro vás znamená PCA?“, lze si všimnout určitých podobností:

- *No obecně se říká...že lidi v PCA to mají jako součást svého života, jako **životní přístup**...*
- *Já PCA chápu jako nějaký **základ, přístup**, spíš než terapeutické způsob.*
- *...ale jsem přesvědčená, že je to nejlepší **základ pro všechno**, a že nad tím se dají stavět metody.,*
- *Je to nějaký **ideál** hlavně. Je to ideál, který je trošku jakoby zbožštělý... Je to ideál, jak věci dělat.*
- *To, co pro mě PCA nejvíc znamená je **být ukotvená v sobě**. Ta opravdovost. ...nějak mi to umožňuje být v kontaktu s tím člověkem.*
- *Tak je to určitě něco, co je **součástí nějaký mí životní filosofie**, nějak to jako rezonuje s mojí životní filosofií...*
- *Pro mě je to PCA ten **základní rámec**, v kterém pak můžu dělat různé věci...*
- *To je docela těžké. Já myslím, že to tvoří takovej prostě základ. Fakt můj **základ, takovou bázi**, na který všechno další může jakoby vyrůstat...*

PCA pro všechny respondenty představuje v určitých subjektivních obměnách nějaký „základ“, z něhož lze vycházet, na němž lze dále stavět. Respondenti tento „základ“ pak většinou konkretizují jako základ „k něčemu“. Můžeme si všimnout, že PCA poskytuje respondentům **základ ke vztahování**. Jako by PCA s nadsázkou říkalo, „jak se k věcem stavět“, vztahovat. PCA nabízí možnosti, jak se vztahovat jak **ke druhým lidem** (*Rozhodně*

tímhle způsobem funguju se spoustou lidí. A dává mi to smysl.) a ke světu, životu (Takže to není jenom jako metoda práce, ale asi to rezonuje s tím, jak se snažím v životě fungovat.), tak i k sobě samému (To, co pro mě PCA nejvíc znamená je být ukotvená v sobě.).

Pokud se pokusíme ještě o jemnější rozlišení, respondenti dále mohou PCA vnímat jako **základ k činnostem**. Zde jako by PCA říkalo, „v jakém duchu věci dělat“. Ať už je vykonávána v rámci rozličných přístupů, technik a metod, jakoukoli činnost respondentů lze označit jako na „člověka zaměřenou“, pokud je v ní přítomen **důraz na člověka, na jeho bytí** (*...není to zaměřené na produkt, interpretaci, odhalování, ale vlastně na to být se sebou, moci něco prožít, srovnat si skrze to ty věci v sobě; Hledám způsob s každým člověkem.*), na jeho **individuální možnosti** (*A mně se na tom PCA líbí, že to můžu dělat...u každého to vypadá úplně jinak...s někým jsem daleko víc ironická, s jiným jsem daleko víc pečující, s někým jsem provokující, na někoho občas zahartusím, na někoho jsem opravdu velmi reflektující. Mixuje se to podle toho člověka, podle toho, co já vnímám, že mu v tom průvodcovství může být co k čemu.*), a děje se tak **respektem, úctou** (*...ať dělám cokoliv, tak v tom základu to je, i čistě jen jakoby práce sekundárního lékaře může být nesená tady tím základním přístupem k tomu člověku, s tím respektem k osobnosti, k těm jeho danostem, možnostem.*), a s **lidskostí a soucitem** (*...abych ho tam nenechal moc dlouho, že ho odvážu, aby neměl ty ruce moc odřené... ale to není PCA, to je takový normální zájem o lidi, to bych neřekl, že souvisí s filosofií, ale s nějakým nastavením. (...) Jsme tady pro ty lidi, abychom jim pomáhali, ne abychom je mučili.*).

Od významu, který respondenti přikládají PCA, se pak také částečně odvíjí důsledky působení PCA a jeho dopady do života respondentů i mimo praxi. Ve výpovědích můžeme zachytit určitý „mechanismus“ působení PCA na život respondentů. Na nejhlubší úrovni všichni respondenti reflektují dopad PCA jako **zvýšení uvědomění**. Různými slovy hovoří o tom, že PCA jim zvýšilo všímavost, jak k druhým, tak k sobě sama. Respondenti si lépe dokážou **uvědomovat vlastní proces** (cítění, prožívání) a **vnitřní prostor** (např. zranění, slabá místa) a PCA jim poskytuje „**nástroje**“, **jak s nimi nakládat** (např. podpořit růst, přijmout sám sebe):

- *To, co zasáhlo to, jak funguju doma, je, když se mi něco děje, jsem naštvaná, zoufalá, vyděšená, tak ten nástroj použiju na sebe. Že se podívám do sebe a snažím si to tam nějak uspořádat, abych tomu nějak rozuměla, a v tom mi to pomáhá. (...) hledám ten důvod, proč se to děje a jdu do té hloubky. Když najdu tu odpověď, ty emoce se promění, rozumím tomu, proč jsem úzkostná, proč je mi blbě a potom už s tím něco můžu dělat, že mi to dává vlastně kompetenci.*
- *Mně to hodně pomohlo rozvinout některé stránky, které jsem asi potřeboval dorozvinout. Myslím, že ten výcvik jako takový a terapie, ale vlastně potom i ta supervize, mi vlastně pomohly ve spoustě osobních věcí. Já jsem si až díky klientům, se kterými jsem pracoval, uvědomoval některý svoje zraněná místa, nebo křehká místa, který jsem si potřeboval ošetřit. Tak to je jeden z těch rozměrů, kdy*

to PCA vstupuje do osobního života, protože pro mě to nebylo jenom to, že jsem se ve výcviku naučil něco, ale já jsem musel taky zpevnit něco, rozvinout něco osobního.

- Vidím, jak mi tam vlezou nějaký starý vzorce, nějaký starý zranění, zopakuju ty chyby těch mých rodičů na tom, a teď to uvidím a přijde nějaký pocit a snaha to zkorigovat.*

- Spíš si uvědomím, když sklouznu k nějaký kritice, hodnocení, tak ono se mi to nějak vrátí, že mě to už nepustí tam. Buď mi to zreflektují děti, ti jsou taky dobrý zrcadlo, nebo se v tom necítím dobře.*

Zvyšování uvědomění ve vztahu k druhým a k jejich procesu, můžeme zachytit např. v těchto výpovědích:

- Když je nějaká situace, tak už koukám...profesní deformace (:-) ...tak se dívám, proč ten druhý to má takhle. • A narážím na to, že ti druzí to tak nedělají a není to pro ně přirozené snažit se i druhému rozumět.*

No a v tom zbylém životě, to je vlastně taková neustálá škola, že když konfrontuju to, jak přemýšlím, to, jak jedná, jak reaguju na lidi kolem sebe, a na své děti, tam si často všimnu, že jak je snadný být netolerantní a nepřijímající, a jakou to má sílu. A jakou má sílu, když naopak to přijetí tam je, takže to je takový jako stále otevřený prostor pro nějakou hru s tou filosofií základní, toho přístupu.

Jak již naznačují citace, skrze zvýšení všímavosti k sobě a zdokonalení schopnosti účinněji nakládat s vlastním prožíváním, PCA **vstupuje do vztahů** – manželských, partnerských, rodinných, kolegiálních. Téměř všichni respondenti reflektují vliv přístupu na **výchovu dětí a fungování v manželství**:

- Přínosem je, že já pak daleko víc rozumím a myslím, že díky tomu třeba moje manželství vypadá, jak vypadá. Že prostě naplníme ten náš slib, že budeme spolu do konce života. Jsme schopný pak překlenout ty problémy, že možná z mých dětí vyrostou docela slušný děti, i když já jsem velmi prudká povaha.*

- Uvažování o vztazích, o partnerských vztazích, o kolegiálních vztazích, ale po tom třeba – a tam si myslím, že tam mi to vstoupilo a vstupuje hodně silně – je přemýšlení o mých dětech a o výchově.*

V životě mimo praxi vnímají také sílu principů PCA – **přijetí, empatie a udržování otevřenosti, dobrého kontaktu**:

- To je vlastně 24 hodin v tom vztahu s tím dítětem a někdy se tam objeví takový jako dobrý věci, zážitky dobrého kontaktu a dialogu a někdy – a to je podle mě přínos té filosofie – vidím, jak to není dobrý.*

- Asi to je prostě součást veškerého mého života. V rodině, přístup k dětem, partnerství...jo, vlastně všude.*

- ...prostě si to nějak řekneme, že vlastně jsou zvyklý [dětí] ode mě, někdy i sami říct, co se to v nich děje, i když jsou poměrně malý, tak bych řekla, že velmi hezky se v sobě umí orientovat.*

Výpovědi v této kategorii naznačují, že přístup zaměřený na člověka (resp. to, co znamená pro respondenty) překračuje v jistém smyslu rámec obecných teoretických pouček. Žité principy PCA nabývají rozmanitých podob, které jsou osobní pro každého respondenta (PCA je v určitém ohledu i způsobem života), ale zároveň odkazují i k jistému

univerzálnímu humanismu (PCA se podílí na „oživování“ hodnot lidství – soucit, starost, přijetí, pomoc...).

2) „PCA v praxi“ – *Pozice PCA v širším kontextu*

Tato kategorie vyjadřuje, jak si PCA „stojí“ v širším kontextu respondentů. Na rozdíl od předchozí kategorie, v níž respondenti reflektovali, co PCA znamená pro ně *osobně* (úzký kontext hodnot, postojů, pocitů, schopnosti výpovědi), zde respondenti hovoří o tom, co znamená PCA *v jejich praxi*. Ve výpovědích zařazených do této kategorie, respondenti reflektují, jaké místo má přístup zaměřený na člověka v jejich praxi a jakými jinými činnostmi jej případně obohacují. O pozici PCA v praxi se tedy hovořilo již napříč různými kontexty: význam PCA, limity a výzvy PCA, spokojenost v profesi, způsoby obohacování PCA, jazyk PCA, projev PCA v klinické praxi, hlubší dopady PCA do života.

Z analýzy výpovědí vyplývá, že pozice PCA je vyjadřována dvěma hlavními faktory: zda je **PCA výchozím přístupem** a zda a jakým způsobem je **PCA obohacováno**. Na pozadí výpovědí si lze všimnout, že pozice PCA není statická. Ačkoli tak činí různými slovy, respondenti často reflektují určitou proměnlivost toho, kde se PCA v jejich praxi v průběhu doby nachází, jinými slovy, jde o opět o nějakou „živost“ přístupu (*Možná, že v takových vlnách se k tomu člověk přiblížil a zase se třeba vzdálil. I k tomu jazyku, i k tomu víc být v té technice toho způsobu...*). Tato pohyblivost pozice PCA je možná důsledkem působení některých vlivů. Jde jak o vlivy „vnitřní“ – to, jak jsou si respondenti jisti samotným přístupem a sami sebou, tak o vlivy „vnější“ – podpora PCA komunity (*A v té době, ono je to skoro do teď...jako by to v nějakém smyslu tím výcvikem skončilo a ten kontakt s tou komunitou PCA nebyl nějak významný.*), dostupnost zdrojů rozvoje – literatura, supervize, kolegové.

Podobně jako v jejich životě, tak i v praxi představuje PCA pro všechny respondenty určitý základ, z něhož lze vycházet a na němž lze stavět metody a techniky. Jde o **rámec, v jehož hranicích se pohybuje práce respondentů** (*Já PCA chápu jako nějaký základ, spíš než terapeutickéj způsob.; Pro mě je to PCA ten základní rámec, v kterým pak můžu dělat různé věci...; Já pracuju vlastně téměř výhradně v mezích toho humanistického přístupu nebo PCA.*). Z hlediska práce samotné, je PCA pro respondenty více než terapeutickou metodou či technikou spíše ideálem, filosofií, celkovým přístupem (*Je to ideál, jak věci dělat.; Filosofie tý práce je PCA.*).

Ačkoli u všech respondentů je výcvik v PCA jediným „velkým“, komplexním psychoterapeutickým výcvikem, každý z nich přístup a svoji praxi dále obohacuje různými způsoby a cestami. Se zachováním PCA jako dominantního základu, slouží tato obohacování v praxi často jako doplnění nebo kompenzace vnímaných nedostatků přístupu jako takového

(např. nerozpracované oblasti teorie PCA) nebo nedostatků zázemí přístupu (chybějící podpora v praxi ze strany komunity PCA). Zdroje obohacování zmiňované ve výpovědích jsou buď teoretické nebo teoreticko-praktické povahy. K teoretickým zdrojům patří **četba literatury** – jak **odborné**, při níž, včetně nutného doplňování vzdělání, respondenti čerpají inspiraci z jiných směrů (*Ale jinak jsem si to PCA jako by doplňovala pomocí literatury všech možných směrů.; Já jsem víc koukala mimo, já hodně čtu, tak jsem studovala nějaký jiný směry.*), ale i **beletristické**, která může být často dobrou ilustrací duchovna v životě (*Malý princ [smích]. Toho miluju. Je jich víc. Formující literatura je, že čím jsem dýl v praxi, tím méně čtu odbornou literaturu, já ji čtu hodně, potřebuju ji číst, ale dřív jsem byla schopná nečíst beletrii, protože přece chci číst tu odbornou. Mě zajímá dívat se pod pokličku všem jinejm a inspirovat se, rozumět tomu z jinýho pohledu, ALE daleko víc teď čtu beletrii, protože tam to je. Všecko to tam je. (pohled na život, myšlení lidí, prožívání) A kolikrát daleko líp než v tý odborný.*). Mezi zdroje, jež bychom mohli označit jako teoreticko-praktické, patří různé **kurzy a výcviky kratšího rozsahu**, které, jak již bylo zmíněno, jsou většinou zaměřené na oblasti, jimž se v rámci teorie PCA věnuje spíše méně pozornosti. Dva respondenti mají výcvik v metodě **Otevřeného dialogu (Open Dialogue)**, která je zaměřena na práci s rodinami a obohacuje v tomto směru principy PCA:

- *Mám takový roční kurz v přístupu, který se jmenuje Otevřený dialog, který je vlastně pro práci s rodinou a se sociální sítí člověka. Dialogický přístup*
- *Myslím, že se to dobře doplňuje. Pro mě to byla vlastně nějaká možnost, jak rozšířit ty principy, který využívám v PCA, právě při práci s rodinou, nebo širším okolím toho člověka, což třeba u lidí, kteří jsou zasaženi nějakým psychotickým onemocněním, je často nutné zavzít do toho procesu i další lidi.*
- *Je to práce s rodinami. Je to finský způsob práce s rodinami, jdou do terénu, vstupují do té rodiny, pracuje se krizově, kdy ten člověk blázní. Mají velmi dobré výsledky tam, moc se jim to nepodařilo implantovat nikde jinde, ale vlastně ty principy jsou pro mě, pro práci s rodinou. PCA moc práci s rodinou nemá, existují různé modality, jak pracovat s rodinou. To, co OD přináší je taky být v kontaktu s těmi členy rodiny a nehrát si na nic. To je společné a s tím se ztotožňuju. A když takto pracuju s rodinami, páry, to je to, co funguje. To je pro mě největší hit – pracovat s rodinami a páry.*

Pro práci se širším sociálním systémem klientů byl také pro respondentku-klinickou psycholožku obohacující a podpůrný kratší výcvik **PCA pro páry a rodiny**:

- *Pak mám ještě PCA s páry a rodinami, takový krátký, v Anglii. Dva týdny, paráda. Je to takový nadstavbový, ale oni jsou fakt velmi fajn, je to sice dělané tak více do autistického. Přijde mi to velmi fajn, protože mi to dodalo odvahu pracovat s rodinami.*

Dále kurz v **poetoterapii** pomáhá respondentovi-klinickému psychologovi oslovovat jiné než verbální modality (v PCA dominantnější) a při tom zachovávat PCA principy kontaktu, sebeexplorace a explikace a prožitku. V následující citaci respondent hovoří o pozici a přínosu poetoterapie vzhledem k terapii zaměřené na člověka:

• *Občas ještě – to je moje specifikum – pracuju v rámci skupin i individuálně s poezií. Jsou lidi, který věci píšou, tak třeba nosej texty, který napsali mezi sezeníma a bavíme se o nich. Ne že bychom je rozebírali, interpretovali, spíš se bavíme o nějakých prožitcích, který jsou v tom obsažený. To je pár lidí, který mají o tenhle styl práce zájem. Pro mě je tam [v poetoterapii] několik důležitých rozměrů. Jednak poezie prostě nejde tvořit bez toho, aniž bych byl v kontaktu s tím, co se ve mně děje, se svým prožíváním, takže je to cesta k prožívání. Zároveň psát poezii znamená dát tomu nějakou formu, to znamená, že je tam nějaká spolupráce, poměřování, vstupuje do toho jak ta složka prožívání, tak ta složka racionální, která to zpracovává, což je podle mě velmi důležitý pro zdravě fungujícího člověka, aby tyhle dvě složky spolu dobrým způsobem spolupracovaly a vytvářely dobrý tvary. To je jedna věc. Druhá věc je, že jakákoli tvůrčí činnost vlastně člověka nakonec může vést k tomu, že se tvůrčím způsobem ujme vlastního života, což bych taky pojmenoval, že je taky možná jeden z cílů psychoterapie obecně. Další věc je, že poezie má svůj nějaký existenciální rozměr, že prostě za poezií si člověk nějakým způsobem stojí, že to, co tam napíše, nějakým způsobem naplňuje. Dělal jsem výcvik v PCA, ale ten existenciální pohled mi byl vždycky taky nějak blížkej, takže pokud se skrz tu poezii do té terapie nějak dostávám, tak je to také práce, která mě těší.). Pro mě je to PCA ten základní rámec, v kterým pak můžu dělat různé věci, a důsledkem je, že ať pracuju s poezií, nebo když s kolegy vedeme jiné, expresivně zaměřené skupiny, tak vlastně jde o ten prožitek, který se odehrává u tý tvorby a není to zaměřené na produkt, interpretaci, odhalování, ale vlastně na to být se sebou, moci něco prožít, srovnat si skrze to ty věci v sobě. Někdy je to tak, že lidi mají už věci hodně propovídaný v terapiích a potřebují trochu jiný kanál, a poezie, přestože pracuje se slovy, tak je neverbální umění v tom smyslu, že s těmi slovy dělá něco jinýho, než když normálně verbalizujeme. Je to přístup k jinýmu kanálu.*

K dalším zmiňovaným kurzům patří **Kids Skills**:

• *Mám kurz v Kids Skills, což je vlastně na řešení orientovaná terapie aplikovaná na děti do takovýho celýho systému – hrozně pěkný to je, ale opět já to cedím všechno přes PCA.*

Respondenti rovněž reflektují, že teorie PCA nerozvádí **práci s tělem v psychoterapii**, proto tuto „mezeru“ mají rovněž potřebu kompenzovat:

- *...občas si půjčuju nějaký myšlenky z Pesso-Boyden...ale já to nikdy nebudu dělat úplně komplet, protože mi to tam někde drhne.*
- *Jsou pro mě důležitý i další přístupy, který nedělám, ale tím, jak pracuju v týmech, tak to má tu výhodu, že můžu člověka buď přeposlat do individuálu, nebo může jít někam na skupinu, kde třeba může víc pracovat s tělem. To je rozhodně důležitý a v těch řečech to můžeme ztrácet, v čistě verbální psychoterapii to můžeme ztrácet, takže pak je možný poslat toho člověka na nějaký program ještě, kde se mu dostane kontaktu s tím tělem.*
- *Já mám ještě na tělo zaměřený výcvik, takový kratší, který pracuje s tělem v psychoterapii, ale ten jsem vždycky vnímal jako takovej doplněk.*

Respondentka-psychiatrička dále svou praxi PCA rozšiřuje o principy mindfulness, které si osvojila na kurzu **MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction)**:

- *Pak mám ještě kurz MBSR, jako mindfulness, stress reduction.*

Jak již bylo řečeno, ačkoli respondenti svou praxi a svůj přístup hojně obohacují, a částečně tím kompenzují nedostatky PCA, stále platí, že přístup zaměřený na člověka je jakýmsi výchozím filtrem (*...ale opět já to cedím všechno přes PCA*). Na jednu stranu je samozřejmé, že neustálé vzdělávání a profesní růst, i do „šíře“ záběru (studium jiných směrů, metod) spíše než do hloubky (studium principů PCA), jsou v profesi klinického psychologa i psychiatra nezbytné a žádoucí. Na druhou stranu, z analytické perspektivy, může tento mechanismus („Respondenti kompenzují PCA „jinými“ přístupy, ale zároveň udržují základní PCA rámec a vrací se k němu.“) působit tak, že při celkovém pohledu na profese respondentů dochází k jakémusi rozostření obrysů PCA v širším kontextu. Lze říct, že přístup zaměřený na člověka je v praxi některých respondentů spojen s určitou nejistotou „Mohu se ve své práci plně spolehnout jen na PCA?“ (*Je kontraindikace být „čistý“ PCA pro některé lidi, že jim tím prostě neprospěje.; Já myslím, že žádnéj přístup sám o sobě nestačí. Tady můžeme sedět u jinýho směru a říknu vám: nestačí. Stačí na něco, není to pro všechny.*).

3) Pohledy na teorii PCA

V této kategorii respondenti vyjadřují, jak vnímají teorii PCA. „Teorii“ zde rozumíme to, co se respondenti učili ve výcviku PCA a četli v odborné literatuře. Jde o vnější konstrukty a poučky, jak PCA vlastně dělat, které byly respondentům předávány. Tato kategorie se vynořuje napříč několika kontexty: přínos literatury, projev PCA v klinické praxi, význam PCA, doporučení pro vstup do klinické praxe, PCA a medicínský model, uvažování o psychopatologii. Ke zdrojům, z nichž respondenti čerpali nebo čerpají teoretické poznatky o PCA, patří výcvik, supervize a odborná literatura.

První pohled na data ukazuje, že pozice teorie PCA v praxi respondentů je poměrně ambivalentní. Na jedné straně dochází u respondentů po vstupu do klinické praxe k opuštění teorie či rozplynutí teorie v praxi. Tito respondenti reflektují teorii PCA jako **svazující a zatěžující**:

- *Já se pak už neomezuju na to, úplně striktně držet se těch úplně původních koncepcí.;*
- *...já si pamatuju, jak jsem se těšila, že tu teorii všechnu zapomenu.;*
- *Byla jsem svázaná těma pravidlami a jestli to dělám.*

S principy PCA pracují **intuitivně**, „podle sebe“ a **k teoretickým poučkám se často neobracejí**:

- *Učebnicových empatických reakcí moc nemám.;*
- *Takový to tréninkový, co se v těch výcvicích dělá, tak myslím, že to říkám úplně jinak..*

„Rozplynutí“ teorie v praxi je zde cítit v těchto výrocích:

• *Proto já jsem právě trochu skeptická, protože vlastně ani nevím, jestli dělám PCA. Za sebe říkám „Mám výcvik v PCA“, ale jestli dělám PCA, já nevím. Já totiž nevím, jak má PCA vypadat [smích]. Jako návod to podle mě není.*

• *Myslím, že je to něco jiného (PCA dnes oproti PCA v době Rogerse – pozn. autora). Samozřejmě se to vyvíjelo. Já nevím, já jsem v teorii úplně slabá...“.*

Vypadá to jako by teorie PCA byla z nějakého důvodu pro respondenty vlastně těžko uchopitelná, tím pádem, respondentům činí potíže teorii integrovat a spolehnout se na ni. Výpovědi naznačují, že možným důvodem obtíží v uchopení teoretických poznatků může být jednak náročnost a nesrozumitelnost podání teorie PCA od samotného Rogerse, jednak jazyková bariéra, která ztěžuje studium zahraničních aktualizací teorie PCA:

• *A do toho jsem se nějak nemohl začíst, moc mi to nešlo, ty základní požadavky jsou čist přímo Rogerse, ne ty přežvekaný texty. Takže to bylo nic moc. Ale jak se v té praxi ukazovalo, že mi ty znalosti chybí...*

• *Takže pak jsem ráda četla takový ty strukturované knihy, kde to už bylo hezky seřazený a propracovaný. Ten Rogers to měl takovou vyprávěcí formou, což jako úvod dobrý, ale vytěžit z toho něco, tu osobní teorii, to bylo hrozně náročné, takže jsem pak byla vděčná, když něco vyšlo a bylo to takový jako strukturovaný.*

Na straně druhé respondenti si jsou vědomi, že teorie PCA (buď jako celek či u některých respondentů alespoň její dílčí sub-teorie) je v praxi důležitou oporou. Respondent, který působí jako psychiatr a lektor supervizního výcviku PCA, považuje teorii za nezbytnou k porozumění terapeuticko-diagnostické práci. Teorie PCA mu umožňuje nesoustředit se pouze na biologickou léčbu, ale pomáhá mu **porozumět dynamice klientova procesu a procesu psychoterapie:**

• *Kdybych nebyl terapeut a nepřemýšlel o té PCA teorii, selfkonceptu, introjektech, o těch organismických silách, tak bych spoustu věcí asi neviděl, možná bych se někdy cítil trochu bezradně, že tady léky vlastně nepomůžou; ...to, co mě zajímá, a to vlastně trochu diagnostika z mého pohledu je, jak on se na sebe dívá, jaký je jeho sebeobraz a jaký jsou ty jeho introjekty, nebo co ho vlastně ty introjekty nutí dělat, jak vypadá to fenomenální pole a vidím tam nějaký organismický hodnotící proces, jak vypadá ta aktualizací tendence, nebo sebeaktualizační tendence. Tak to jsou věci, které musíme diagnosticky sledovat a chci to vlastně i v té supervizi od těch supervizantů. Aby když přijdou a referují o klientovi, aby se tohleto učili. Aby i takhle přemýšleli o tom procesu, že to má nějaký teoretický pozadí....*

Zakotvenost v teorii dokládá i respondentovo častější užívání specifické terminologie PCA. Dále respondenti oceňují, že Rogers detailně rozpracoval **koncept terapeutického vztahu a techniku psychoterapie:**

- PCA má jednu výhodu oproti gestaltu, KBT, dynamické terapii, které se také vyskytují hodně v klinice, velmi důsledně pracuje s technikou psychoterapie. Ted' nemyslím s psychoterapeutickými technikama, ale technikou reagování na klienta;

Já nevím, co jsou pojmy PCA, ale takovéto „je to pro vás v pořádku, když budeme končit?“.

Rovněž je vyzdvížena univerzalita a praktičnost **šesti nezbytných podmínek změny**:

- *Já si pamatuju takové ty samizdatově vytištěné podmínky. Rogersův první traktát. Bylo to šíleně přeložené, ale mě to přijde velmi blbuvzdorné, je to tam všechno vlastně.*

Respondenti upozorňují na to, co vnímají jako limity teorie PCA. Zásadně pocíťovaným limitem je nedostatečně rozpracovaná **teorie psychopatologie v duchu PCA**. Respondenti v tento moment nahlízejí na teorii PCA optikou medicínského, diagnosticko-terapeutického modelu (porucha-specifická léčba) a vnímají, že chybí PCA metodika zacílená na konkrétní psychiatrické okruhy a další kontexty:

- *...je v němčině nebo angličtině kniha PCA, jak pracovat s jednotlivými diagnostickými okruhy, která mi přijde jako úžasná. To tady chybí úplně, pohled na jednotlivé psychiatrické potíže skrze PCA;*
- *Já jsem dlouho vnímala, že je škoda, že neexistuje nějaká teorie poruch, stavů. Jako že, „jak pracovat s depresivním pacientem“ a ted' návod jakoby ze strany toho přístupu. Konkrétně.*

Nedostatek technik a metodických pokynů (nejen vzhledem k psychopatologii) a **přílišné spoléhání na verbální kanál** terapie je respondenty také vnímáno jako určitý deficit teorie PCA:

- *Tam já vidím jako by ten člověk zůstával v rámci toho Rogerse – protože předpokládám, že to byl asi nějaký rogerián – jenom v nějaké pasivní roli, tak opravdu se dostal na nějakou tu hranici. Zůstává jenom v tom „ano chápu vás, máte to těžké.“ ...Tohle někdy vnímám, že ty lidi z toho přijdou takový jako znechucený, že jako ,no tak jsem všechno řekl, a nic, vypovídal jsem se a ted' co se životem'. To vím, že jsem tady s tím začala pracovat bez ohledu na to, jestli to odpovídá nějaký teorii...*

Zmíněné nedostatky teorie PCA respondenti buď různými způsoby kompenzují – samostudiem literatury jiných směrů, doplňkovými kurzy a výcviky, nebo se paradoxně obrátí zpět k teorii a znovu si zvědomují její silné stránky (např. spolehnout se na vztahové principy).

Pokud bychom se opět vrátili na povrch a pokusili se zhodnotit „živost“ teorie PCA, lze říct, že (až na jednu výjimku) zaujímá teorie v klinické praxi respondentů spíše **latentní pozici**. Výpovědi o tomto tématu celkově vzbuzují dojem, že **respondenti nemají teorii PCA přístupnou vědomému používání**. Nereflektují, že by vědomě a cíleně pracovali s nějakými naučenými koncepty, technikami nebo specifickou terminologií PCA („*Já nevím, co jsou pojmy PCA*“). Ačkoli je teorie respondenty vnímána jako důležitá součást profesního pozadí, o které je možné se opřít, její pozice v profesní výbavě respondentů není natolik silná, aby bylo možné se na přístup stoprocentně spolehnout. Například u jedné

respondentky se zdá, jako by v situacích, tématech, problémech, ke kterých se PCA podrobně nevyjadřuje (např. psychopatologie), docházelo k **inklinaci ke stereotypnímu vnímání PCA** jako pasivní „hm-terapie“:

• *Někdy si myslím, že pro takovou tu efektivnější práci by pomohlo mít ty věci víc zvědoměly a daný do slov, a nějakých teoretických pojmů. Nejsem v tom úplně zběhlá si to překládat do těch rogeriánskejších pojmů. Jo možná ty „sebepojetí“, „sebepřijetí“, ale abych pracovala s nějakou „aktualizační tendencí“ a „organismickým hodnocením“, to neumím, to prostě mi není vlastní, nikdy jsem si to neosvojila. Nevím, jestli je to dobře nebo špatně, ale prostě to tak je;*

Je zde mírně cítit nejistota v otázce: pokud je psychoterapeut aktivnější (nabízí možnosti, postoje) nevybočuje to již z rámce PCA?:

• *Ještě mě napadlo...ne úplně málokdy jsem se s tím setkala, že přijde klient s nějakou terapeutickou zkušeností a říká, že mu nevyhovovala, protože to bylo jenom o tom povídání. Ano, že ten terapeut plně naslouchal, ale že to bylo málo, že to tomu klientovi jako kdyby nestačilo, že potřeboval něco víc. Tam já vidím jako kdyby člověk zůstával v rámci toho Rogerse – protože předpokládám, že to byl asi nějaký rogerián – jenom v nějaké pasivní roli, tak opravdu se dostal na nějakou tu hranici. Zůstává jenom v tom „ano chápu vás, máte to těžké“. Při tom někdy nemusí vyjít z toho rogeriánského rámce, když nabízí možný postoj a „kdybyste zkusil tohle“, je to vlastně o větší aktivitě, o té nabídce, která může být. Je tam pak více interakcí, ale myslím si, že i tohle do toho Rogerse patří. Tohle někdy vnímám, že ty lidi z toho přijdou takový jako znechucený, že jako „no tak jsem všechno řekl, a nic, vypovídal jsem se, a teď co dál se životem“. To vím, že jsem tady s tím začala pracovat bez ohledu na to, jestli to odpovídá nějaký teorii (PCA). Cítím se v tom já dobře a mám na to velmi pozitivní zpětné vazby.)*

4) Vývoj postojů k PCA

Tato kategorie zachycuje vývoj postojů respondentů k přístupu zaměřenému na člověka. Vývoj postojů se vynořuje v kontextech hovoru o těchto oblastech: motivace ke vstupu do výcviku PCA a silné stránky PCA (jako jeden z důvodů vstupu), pochybnosti o PCA a podpora ve vytrvání v přístupu. Z analýzy jednoho kontextu po druhém se pak vynořuje určitá křivka zachycující proměny vztahu respondentů k PCA: **vstup–pochybnosti–podpora ke zvládnutí pochybností**.

Vstup do PCA zde chápeme jako rozhodnutí pro zahájení psychoterapeutického výcviku v přístupu zaměřeném na člověka. O motivaci a následné volbě lze obecně říct, že v případě všech respondentů hrál významnou roli určitý osobnostní soulad respondentů s PCA, ať už s přístupem samotným (principy) či jeho představiteli („rogeriány“). Faktorů, pod jejichž vlivem se respondenti rozhodli pro vstup do výcviku PCA, je několik. Nejčastěji respondenti v různých obměnách hovořili o pocitu **souladu, souznění jejich vlastního**

nastavení osobnosti se (vztahovými) principy PCA (nedirektivnost facilitace, kontakt s druhým):

- *Já jsem psala diplomovou práci, která byla hrozně nepovedená, to bylo celý blbě, ale ta otázka mě zajímala, a v tom to je. Jestli si lidi vybírají výcviky podle své osobnosti. Jestli jsme tím vlastně už nějak předurčení, že nám něco bude sedět, a já si dodneška myslím, že vlastně jo. Myslím si, že to souviselo s tím, proč jsem teď v ambulanci. Od malička totiž hrozně nemám ráda, když mi lidi do něčeho moc kecají. A to PCA přesně jako není.*
- *Asi myslím si, že to určující bylo, že jsem se s ním setkala na škole a že mi to přišlo, a stále se k tomu vracím, že nějak mi to umožňuje být v kontaktu s tím člověkem.*
- *A druhý byl ten, že je mi to určitě osobně velmi blízký, nechávat věci růst a podporovat je ve vlastním růstu. A ne třeba je usměrňovat někam a vymýšlet, kam by se kdo měl rozvíjet...*

Dalším (sub)faktorem motivace ke vstupu do PCA byla **pozitivní osobní zkušenost s přístupem**. Tato zkušenost se odehrála buď ve formě **zážitku daných principů** (např. v setkání s „rogeriánsky“ orientovanými lidmi, popř. s jejich silným opakem):

- *To byla osobní zkušenost. Neříkám, že by se mi nelíbily jiný směry, ale byla to taková souhra více náhod, měl jsem dva takové blízké, kteří byli rogeriáni. Dva známé...a to byli pro mě velmi inspirující lidi v té době, když mi bylo těch 23. Tak jsem si říkal „jo PCA, to bude dobrý“ a zrovna se otvíral výcvik a bylo to tak. Je možný, že kdybych potkal dva analytiky a otvíral se výcvik v analýze, tak by to bylo jinak, ale to byla pro mě taková náhoda, osobní zkušenost. (...) To, co pro mě bylo trochu nový a bylo dost jiný oproti prostředí, v kterém jsem vyrostl, tak byl takový respekt k odlišnosti, že ten člověk to takhle má, takhle s tím pracuje, to neznámá, že se mně to líbí nebo nelíbí, ale vlastně je to zajímavý a on to potřebuje nějak prozkoumávat, nějak s tím být, a takhle ta práce vypadá. (...) Neříkal jsem si, že je PCA „dobrý“, já jsem nevěděl, v čem je to dobrý, ještě jsem neměl ten výcvik za sebou, ale říkal jsem si „to je sympatický, takhle přistupovat k lidem“, trochu laicky, tak jak jsem si to říkal v tom věku, tak přátelštěji.*
- *S PCA jsem se setkala v rámci práce na Lince bezpečí, a to mohl být rok 1999 a to jsem ještě nestudovala ani psychologii. Předtím, ještě na gymplu, jsem byla na stáži v Bohnicích na Centrálních terapiích, kde byla terapeutka, starší paní, a některé ty přístupy byly od ní hezký, ale některý mi přišly až moc strukturovaný a omezující. A i ke mně tam měla nějaký výrok, který mi neseseděl, že jako měla interpretační výrok. Já jsem měla tady takhle víc náušnic, mám je do dneška, měla jsem tam pavouky, a ona řekla, jestli nemám sebedestruktivní sklony (...) zaskočilo mě to. A mě přijde, že to souvisí s tou Linkou bezpečí. Na PCA byl na Lince workshop, tam jsem se rozhodla, že jdu do velkého výcviku, který jsem zahájila se začátkem studia.*

nebo se s principy PCA seznámili ve **formě teoretické** (četba literatury):

- *Měla jsem už něco nastudovaného, takže jsem si nejdřív udělala takový přehled. To, co mě tam zaujalo, je vlastně taková ta nedirektivnost, nenásilnost. Jsou respektovány v tu chvíli ty dané možnosti toho pacienta nebo klienta. Že tam není nějaká manipulace, tlak. To se mi líbilo.*

Dotaz na silné stránky přístupu dále rozvíjí důvody, proč se respondenti rozhodli právě pro PCA. Silné stránky, jež respondenti zmínili, se v podstatě beze zbytku týkají

důrazu PCA na **vztah** (*Myslím, že ten vztah. Sice ten vztah dneska už skoro všechny psychoterapeutický směry vnímají jako hodně důležitý, ale ten Rogers jde dál. Dál je to rozvedené, dál je to propracované, a do větší hloubky. Že vysloveně jako kdyby tím nástrojem byl ten vztah, takže tam vidím ten velký potenciál, samozřejmě někdy se to povede, někdy ne...že to je jako postavené na tom.*). Za silné stránky PCA respondenti považují to, že těžiště terapeutického přístupu leží v práci se **vztahovými kvalitami bytí s druhým – přijetím, opravdovostí** (*Netlačí na pilu, na výkon. Přijetí takového, jaký jsem, akceptace, protože prostě většina psychických poruch nezmizí, ani když projdeme nějakou intenzivní terapií, tak proto je to o akceptaci. Ale samozřejmě ta opravdovost. A vztah...že člověk může být ve vztahu.*), **orientací na silné stránky člověka** (*To, že umožňuje rozvíjet silné stránky lidí, se kterými pracuje. To, že umožňuje stavět na tom, v čem jsou dobří, co jim jde, co je baví.*), **s partnerstvím, nedirektivností a předáváním zodpovědnosti druhému** (*Ale pomáhá to pacientovi v tu chvíli převzít tu zodpovědnost za sebe a je tam mnohem víc prostoru. Je to o tom převzetí té zodpovědnosti, co vnímám jako zralejší. Zralejší pro obě dvě strany, protože ten zdravotník nepodléhá nějakému pocitu moci, není to otázka ega, ale prostě je to na té partnerské úrovni, a samozřejmě ten pacient z toho vytěží to převzetí té zodpovědnosti a podílů na tom. Možná má ty věci víc v rukou, není v té dětské roli.*).

Přejdeme nyní k analýze pochybností respondentů o PCA. Ačkoli byl obsah otázky vždy zaměřen na pochybnosti o přístupu jako takovém (Pochyboval/a jste někdy o PCA?), respondenti si v hovoru obvykle sami uvědomili, že hovoří spíše o pochybnostech o sobě samých. Stíny pochybností, které se vztahují čistě k přístupu, můžeme zachytit již v předchozí kapitole Pohledy na teorii a týkají se zejména **absence pevných psychoterapeutických technik a metod** (*No jasně. Měla jsem období, kdy jsem si říkala, že jsem si udělal úplně pitomej výcvik, kterej je úplně na nic. Nic neumím, protože mě nenaučili ty techniky, který ty jiný mají a teď by věděli, co mají dělat!; Jenom mě přišlo kolikrát škoda, že musím hledat tolik vedle. Jako kdybych to neviděla v tom PCA, v tom kontaktu se těma lidma, v nějakým dialogu a ve formální podpoře ze strany toho výcviku.*). Jinak se pochybnosti respondentů týkaly spíše jejich **vlastních kompetencí** a přicházejí obvykle ve chvílích, kdy kontakt s klienty a se sebou samými byl pro ně náročný:

- ...samozřejmě se to různě vrací, že nic neumím. Ale to už nesouvisí s PCA, ale spíš s profesními pochybnostmi :-).
- Když se to s klientem nehýbalo, tak jsem měla pochybnosti „ježíšíkriste měla jsem dělat něco jiného“, „je to to správné?“, „neměla bych dělat víc“, „nemělo by se to hýbat víc“ a to mi napadá často. (...) Mě se často stává, že v té naléhavosti se to v té terapii nehýbe, já jsem zoufalá, bezmocná a ty emoce tam tak plavou jako v polívce. Tak se často na ně nachytím a začnu si je jakoby rozvíjet, ale v ten moment ztratím kontakt se sebou, necítím se usazená a když se to stane, tak to,
- Pochyboval. V těch momentech, kdy mi to nešlo, hlavně na začátku. Pamatuju si, jak jsem seděl s pacientkou a najednou jsem vůbec nevěděl, co mám dělat. Přišlo mi to jako, že jsem úplně bezradnej, nevěděl jsem co říct. To bylo ještě před dokončením výcviku. Dělal jsem na oddělení, kde se hodně pracovalo terapeuticky se všema pacientama, a teď já jsem ten výcvik ještě neměl hotový, ale už jsem

to tak cítil, že bych měl. Tak jsem se snažil s těma pacientama nějak povídat. Přišla tam pacientka, která pro mě byla nějak těžká v tu chvíli. Vůbec jsem nevěděl, neměl jsem páru o tom jejím procesu, a nevěděl jsem, co mám dělat. Ona tam seděla a plakala a já jsem vůbec nevěděl, co mám dělat. A tak jsem si říkal „tak nic, tak prostě nebudu dělat psychoterapii, tak si najdu něco jinýho v tom životě, tohle není dobrá cesta“.

Co pomáhá respondentům zvládnout tyto pochybnosti? Jak se podporují, aby vytrvali v praxi přístupu zaměřeného na člověka? Ve výpovědích byla identifikována řada zdrojů, z nichž respondenti čerpají. Pro přehlednost jsou rozlišené na zdroje externí a interní. Externí jsou ty zdroje, které na respondenta působí „zvenku“, respondent je jejich příjemcem. Ve výpovědích jsme identifikovali jak zdroje, které respondenti reálně využívají, tak i ty, které nevyužívají, ale jsou si jich vědomi, popř. by si je přáli aktivovat. Významný zdroj, který pomáhá respondentům zvládnout pochybnosti, je **supervize**:

- *Ještě k těm pochybnostem...hodně pomáhá supervize. Fakt, v tu chvíli jít na supervizi... k PCAkovi! Rozhodně chodím k PCAkovi.*
- *Supervize samozřejmě, ani nemusí být PCA, oni jsou si všechny podobné, v konečném důsledku pracují všechny školy se vztahem*
- *To byl moment, kdy jsem začal intenzivně chodit na supervizi a po tom se to trochu spravilo. Začal jsem víc studovat, víc pracovat, víc supervidovat.*

Pro respondenty je také důležité nějakým způsobem **sdílet svou profesi a udržovat kontakt s komunitou odborníků na PCA**:

- *No musím se bavit s dalšími lidmi, kteří to tak mají taky. Zatelefonuju si s kolegyní a řekneme si, že ona má úplně stejný pocit, že nic neumí a teď ona velmi autenticky povídá „ty že nic neumíš, vždyť já se od tebe učím!“, „no, hmm, já se učím od tebe“. Najednou si řekneme, že je to nějaká jen etapa, pocit a zjistíme, že toho máme nad hlavu, jsme utahaný a že za to PCA vlastně nemůže.*
- *...jako by to v nějakém smyslu tím výcvikem skončilo a ten kontakt s tou komunitou PCA nebyl nějak významný. Víím, že v jiných přístupech je to zázemí pro toho absolventa výraznější, a tady jsem to teda já postrádala, takovou jakoby podporu v té praxi.*
- *Možná se prostě něco i rozbíhá, nějaké znovuoživení toho společenství a že jsem tomu ráda. Že by se to mohlo trošičku zas dostat více do povědomí, i mého i obecného, že by mi to vlastně i pomohlo. Je tam potenciál, je tam toho hodně, co z toho člověk může vytěžit, což víím, že v tuhle chvíli není to maximum, co jde.*
- *Určitě jsou tam další možnosti, jak se s tím víc sžít, jak v té praxi neztratit ten kontakt, nenechat to jen jako co z vás ta příroda...jako v té zahradě, ponechat to, ať si to roste, jak to chce...ale, že je to takový jako nesený.*

Jako externí zdroje, které podporují „živost“ a smysluplnost PCA, dále také respondenti uvádějí různé **vzdělávací aktivity** (konference, přednášky, četba literatury):

- *A za druhé, jednou za dva roky fakt jet na tu konferenci PCA, nevynechat ji. Já jsem ji jednou vynechala a bylo to blbě. Udělat si ten čas a jet, protože to obrovsky oživí tu smysluplnost, a to že je*

to zakotvený, je to funkční, dělá to spousta lidí, daří se jim v tom, a inspirují mě, jak třeba těžkosti, který mám, zvládnout. A je zajímavý, že když jsem tam letos byla, tak mě tam ten jeden příspěvek tak jako sednul, že mi ty moje současné těžkosti a otázky přesně zodpověděl.

- *A občas, když si přečtu nebo poslechnu nějaké přednášky, tak mi dodá pocit, že je to dobré.*
- *Možná, že bych potřebovala nějaký, systematický, udržovací aktivitu, setkávání, vzdělávání. Že by to prostě bylo v nějaké nabídce. Tím nechci volat po nějakém systému.*

Jak napovídá označení, interní zdroje podpory, leží v respondentech samotných. Interní zdroje se vynořily, když respondenti hovořili o tom, že jim pomáhá, když se „obráti k sobě“, spolehnou se na sebe a na PCA (resp. na to, jak přístup praktikují). Tento „obrat k sobě“ má různé podoby. Respondentům pomáhá, když si **uvědomí situaci „tady a teď“** a dovolí si být v ní **plně přítomní**:

- *Prostě fungují tyhle věci. Že ten svět přihraje přesně to, co potřebujeme. Nepotřebujeme radu zvenčí, stačí jenom se otevřít a ono to přijde.*
- *...co mi fakt pomůže je odsunout ty nějaké přebytky a vrátit se zpět k tomu, jak tu sedím. A to je fakt velká úleva. A jakmile tam nemám to svoje, o to víc můžu být s tím klientem, být s ním plně.*

Posilující je i **vědomí vlastních kompetencí a kongruence**:

- *Je to jediné, co znám. Vím, že takto to dělám, jsem v tom...cítím se v tom v pohodě, cítím se v tom pevná.*

Za interní zdroj můžeme považovat i **víru ve vrozenou aktualizací tendenci** člověka, kterou zmiňuje respondent-psychiatr. Víra v tento princip u něj podporuje jak účinnost a smysluplnost přístupu zaměřeného na člověka, tak i smysluplnost profese jako takové:

- *V té práci je to...je to...a teď nechci, aby to vyznělo tak jako že je to něco jasnýho, co vlastně vždycky funguje, ale často se k tomu vracím a třeba si to musím připomínat...a to je jeden z těch základních principů PCA a to je, že všichni máme nějakou aktualizací tendenci. Někdy když mám pacienty, a teď nemyslím ty v té terapii, tam je to celkem vždycky dobrý s tím pracovat, ale v té psychiatrii to tak někdy vypadá, jako by to bylo beznadějný, jako by se z toho pacienta už nikdy nemohla stát fungující bytost, ale tenhle pohled mi vlastně dovoluje to nevzdát. A znova a znova se s nima ponořovat do některých těch trablů a vlastně vždycky když to udělám, i když cítím nějakou beznaděj nebo nechut', nebo takový jako by vyhoření s tím konkrétním pacientem, a řeknu „aha zkusíme to znova“, tak když prostě nějaký malej pokrok, kterej se tam vždycky nějaký objeví, kterej mě přesvědčí „jo s lidma se to prostě nevzdává“.*

Můžeme všimnout, že postoj respondentů k PCA (k významu a teorii přístupu) je proměnlivou interakcí subjektivních osobnostních charakteristik a předpokladů a určitých vnějších konceptů – respondenti se z různých důvodů rozhodli pro PCA, různými způsoby se k němu vztahují, a podle toho různými způsoby s ním fungují a v praxi i v životě.

Blok 2 – BYTÍ S KLIENTEM

V následujících dvou kategoriích jsou sdruženy výpovědi, které reflektují, jak konkrétně vypadá vztah klinických psychologů a psychiatrů pracujících v intencích PCA s jejich klienty a pacienty. Ve výpovědích byla identifikována řada vztahových kvalit, pomocí nichž je možné popsat, co pro respondenty znamená „být ve vztahu/v kontaktu s klientem“. Pojem „vztahová kvalita“ zde znamená určitý parametr vztahu dvou lidí, který definuje postoje, chování a komunikaci respondenta ve vztahu s klientem/pacientem (např. kvalita *partnerský přístup* se projevuje v tom, že psychiatr zve klienta, aby se podílel na vlastní diagnostice – zajímá se o jeho pohled na problém, zajímá se o jeho „diagnostické“ závěry atd.; viz. kapitola Diagnostika a její smysl).

Analýza odhaluje dvě lehce odlišné skupiny vztahových kvalit. Do první skupiny spadají ony **výchozí postoje terapeuta – opravdovost, bezpodmínečné přijetí, empatie a víra v aktualizací tendenci** – jež popisujeme v teoretické části. S těmito postoji respondenti vstupují do vztahů – jsou základními podmínkami vzniku vztahu v duchu PCA a zároveň slouží jako hnací motory vztahu. Zjednodušeně řečeno, když si respondent například „neví rady“, pomáhá mu, když přijme sebe samého ve své nevědomosti a spolehne se na klientovu vrozenou aktualizací tendenci (expertizu klienta na vlastní problém), která vždy bude proces někam posouvat: (*...já velmi často zcela přesně nevím, co se děje, nemusím nutně zcela přesně vědět, o čem přesně mluvím – a v tom mi PCA taky pomáhá, stačí, když to bude aspoň trochu vědět klient, v tom mu pomáhám. Nemusím to vidět, nemusím být ten, který to ví.*). Tyto výchozí postoje pak samozřejmě ovlivňují, jakým způsobem, v jakém duchu, respondenti s klienty jednají, jak se k nim v praxi chovají. Zde tedy vzniká druhá skupina, což jsou tedy již konkrétní **způsoby chování a jednání – nedirektivnost a facilitace, partnerský přístup a lidskost**.

Výpovědi, v nichž bylo možné zachytit vyjádření k nějaké vztahové kvalitě, se objevovaly v různých kontextech: význam PCA, motivace ke vstupu do PCA, limity a výzvy PCA, PCA a medicínský model, PCA a diagnostika.

5) Vztahové kvality – Výchozí postoje

Podívejme se nejprve na první skupinu vztahových kvalit – opravdovost, empatie, bezpodmínečné přijetí a víra v aktualizací tendenci. V analýze výpovědí můžeme zachytit, jak s těmito kvalitami respondenti pracují – **(1)** co pro ně daná vztahová kvalita **znamená**,

(2) jak jim **pomáhá v práci s klienty/pacienty**, (3) jak ji **udržují a kultivují**, popř. (4) kde má daná vztahová kvalita své **limity***.

Opravdovost

Opravdovost, popř. autenticita byla v rozhovorech nejdiskutovanější vztahovou kvalitou, jelikož je jak **základním kamenem každého terapeutického vztahu** (*Já nejvíc těžím z té autentičnosti, resp. kongruence...; Nelze být neautentický, jinak by nefungovalo nic z toho ostatního v té terapii...; Mě připadá, že bych to ani nemohl dělat jinak. Ale je to samozřejmě něco, s čím se člověk učí zacházet. Mě by určitě nebavilo a nenaplněovalo hrát nějaký role, potřebuju být v tom kontaktu a ve vztahu s klientem sám za sebe.*), tak ale zároveň ji nelze přesně definovat, jelikož přirozeně nabývá různých podob dle každého jednotlivce a každý může její hranic vnímat někde jinde (*Mám pocit, že s tímhle principem je nejvíce prostoru pracovat. S tímhle principem se dá toho udělat hodně. Využít ho. (...) S tou autenticitou, tam vidím, jak to má různé hloubky. Je nějaká základní a pak se s tím dá ještě jít dál.*). Jak víme z teoretické části práce, opravdovost je úzce spojena s Rogersovým pojmem „kongruence“. Kongruence jako pojem sám o sobě nebyl v rozhovorech rozebírán, ze zmínky ve výpovědích můžeme však usuzovat, že respondenti jej většinou chápou jako synonymum opravdovosti/autenticity (*Já nejvíc těžím z té autentičnosti, resp. kongruence...*). Pouze respondent-psychiatr ve své výpovědi „kongruenci“ explicitně odlišuje od pojmu „autenticita“:

- *Nelze být neautentický, jinak by nefungovalo nic z toho ostatního v té terapii, ale trochu mi to vždycky zarezonuje, protože to není úplně to stejný to, co principy v PCA. Autenticita není úplně totéž, co kongruence. Ta kongruence je to, že jestliže já dobře identifikuju to, co se děje ve mně, a to co patří do terapie tam vnesu, a to, co tam nepatří, tak uzávorkuju, ušetřím, připravím se tak, aby mi to neinterferovalo. Když mě bolí zuby, tak mě to odtahuje, nepatří to klientovi, musím to ošetřit nějak jinak. Ale jestli to, co si tady povídáme sem nějak patří, a já vám to musím zkomunikovat. A v tom to je ta kongruence. A ten rozdíl je v tom...kongruence tam patří a má smysl pokud je pro dobro toho klienta, to že mě bolí zuby, je mu jedno...ale určitě by to bylo autentické to říct. Někdy se mě zdá, že není těžký zaplavit ten prostor sebou, tou svojí autenticitou, ale může to být trochu balast pro klienta. Na druhou stranu i zuby můžou někdy interferovat s tím procesem, že je dobrý to říct, ale není to tak jednoznačné. Proto jsem s tím pojmem autenticita opatrnější.*

V této analýze se pro nedostatek explicitních výpovědí o kongruenci podržíme pojmu „opravdovost“. Ve výpovědích, v nichž respondenti reflektovali, co pro ně znamená opravdovost ve vztahu s klienty, lze identifikovat několik stavů bytí. Opravdovost znamená **být čitelný, pravdivý a upřímný**:

* Na tomto místě hovoříme o limitech, které respondenti zmiňují přímo v souvislosti s danými vztahovými kvalitami. Samostatná a podrobnější analýza limitů, nejen vztahových kvalit, ale PCA a klinické praxe obecně, je k nalezení v části 12.

- *On mi řekne, kam chce dojít, já s ním ale konzultuju, jestli to vidím i já v rámci své zkušenosti smysluplný a třeba mu nabídnu zamýšlení: „Jako fakt? Jako je tohle opravdu to, co chcete?“ Ale většinou oni přicházejí se smysluplnýma...ale když přijdou s nějakýma ideálama, tak já jim řeknu: „No to by bylo krásný“, ale bavíme se o tom, že to je nádhernej vzdušnej zámek, je to ale nerealizovatelný, rozhodně ne teď. Že se o tom můžeme bavit, až dojde někam dál, ale tohle že je úplně odtržený od toho reálného života teď a tady.*
- *Chci být pro ně čitelná a v tom jsem ne-psychiatrická, ne-odborník...pro mě ta čitelnost je alfa-omegou celé spolupráce. A to mi přijde jako to nejdůležitější a přijde mi to jako to skvělý východisko PCA;*
- *Myslím, že to pomáhající je skutečně to, když dokážu s těmi lidmi být a nabídnu jim něco, co si sice myslím, že je dobré, ale nabídnu jim to s tou pravdivostí „aha já si myslím, že toto je dobře, a můžete to odmítnout s tím, že je to úplná blbost“ ale zůstávám s ním v kontaktu.*

Opravdovost znamená být ve vztahu sám za sebe, bez masek (experta, role):

- *...že s nimi můžu být bez nějakých zástěrek, masek, nebo s minimem masek (každý máme nějaké masky), ale s minimem těch masek. To, jak to vnímám a cítím, jim mohu nabídnout, a to je nějak jako čisté.*
- *Mě by určitě nebavilo a nenaplnovalo hrát nějaký role, potřebuju být v tom kontaktu a ve vztahu s klientem sám za sebe. A zároveň vlastně vždycky, to, co tam vnáším, co se ve mně děje, tam vnáším tak, aby to nějak bylo užitečný pro ten terapeutický proces. To znamená, že rozhoduju co, kdy a jak, z toho, co se ve mě odehrává, tam vnést.*

Opravdovost také znamená být vědomý, být tady a teď (uvědomovat si svůj proces a proces klienta):

- *S tou autenticitou, tam vidím, jak to má různé hloubky. Je nějaká základní a pak se s tím dá ještě jít dál.*

[základní opravdovost] Vůbec si uvědomit, co tam probíhá, jak to vypadá. Jestli to běží, nebo se něco prostě děje. Věnovat pozornost. To třeba vím, že já osobně na to musím myslet vědomě, protože když to nedělám, tak mám tendenci na tu vlastní kongruenci nebo inkongruenci zapomínat. Že to prostě není důležitý, že to zvládnu nebo ustojím, ale samozřejmě se to vždycky vymstí. Je to na překážku, když už jdu proti nějaký svý...že něco se děje, a já tomu nevěnuju pozornost.

Prakticky může být opravdovost velmi nápomocná ve vztahu s klientem. Jak je patrné, opravdovost či její nedostatek se projevuje již v počátečních záměrech respondenta, s nimiž vstupuje do vztahu s klientem, poté v aktuálních pocitech vnitřního souladu/nesouladu ve vztahu, které se následně odráží v komunikaci s klientem. Jako součást výchozího nastavení, opravdovost přináší respondentům pocit určité **vnitřní úlevy od nároků na sebe samého** – „nemusím...vědět vše, pomoci za každou cenu atd.“ (*Nemusím to vidět, nemusím být ten, který to ví. ...já jim to taky říkám. Že nevím, že jim pomůžu, že se o to můžu pokusit. A třeba dodám, aby to nebylo zúzkostňující, že by to mělo jít, „z toho dnešního rozhovoru to vypadá, že by to mělo jít“.* Mám pocit, že to fakt osvobozuje). Tento vnitřní postoj pak pomáhá respondentům

předávat a sdílet s klientem/pacientem zodpovědnost za terapii (*Mám pocit, že to fakt osvobozuje a zároveň tím dávám zodpovědnost i tomu klientovi, pacientovi, že prostě rozhodně ho nebudu léčit jen já. To budeme dělat spolu.*). Prožívaná opravdovost také může pomoci **otevřenější a efektivnější komunikaci**. Respondenti jasně a upřímně komunikují klientům svůj proces, tj. pojmenovávají své pocity, myšlenky, potřeby:

- *On mi řekne, kam chce dojít, já s ním ale konzultuju, jestli to vidím i já v rámci své zkušenosti smysluplný a třeba mu nabídnu zamyšlení: „Jako fakt? Jako je tohle opravdu to, co chcete?“. Ale většinou oni přicházejí se smysluplnýma...ale když přijdou s nějakýma ideálama, tak já jim řeknu: „No to by bylo krásný“, ale bavíme se o tom, že to je nádhernej vzdušnej zámek, je to ale nerealizovatelný, rozhodně ne teď. Že se o tom můžeme bavit, až dojde někam dál, ale tohle že je úplně odtržený od toho reálnýho života teď a tady.*
- *Jenom zaznamenat. Takže my to používáme i s kolegyní v rámci tý skupinový práce, že si třeba jenom fakt řeknem, a ono se to už nějak změní. (...) No, třeba co v té skupině cítíme, co se děje. Nebo jak na nás ta skupina působí. Jako zrcadlo. Jestli tam cítíme odpor, že se do něčeho nechtějí pouštět, nebo netečnost. Jenom to prostě nazveme. A že zrovna tohle na nás vyskočilo, tak nějak souvisí s tím prostorem tam. Nebo, že jsme v napětí, nebo že se víc nějak snažíme, máme víc tendenci je opečovávat nebo chránit, nebo někam postrkovat.*

Kromě obnovení zodpovědnosti u klienta, působí opravdový terapeut jako **sociální vzor pro klienta**, od nějž je možné se nápodobou naučit nové způsoby vztahování (k sobě, ke svým potížím, ke druhým) a komunikace:

- *Pak často se to projeví tím, že si to dovolí oni, že to začnou napodobovat. Nemusí na to nějak zvlášť reagovat, ale pak vidíte, že i oni jsou schopni něco vyjádřit, že si to dovolí, jako mimovolně, prostě náhodou. To si myslím, že je nejlepší než o tom nějak speciálně povídat.*
- *Teprve až v praxi jsem poznala, jak je to jako úžasnej nástroj [kongruence], jak ty lidi jako roztávají, když tady sedí s čitelným člověkem, a to, co si nedovolí říkat jinde, tak najednou oni si tady dovolí říkat, zvlášť třeba ty "úzkostňáci" [mile, láskyplně], ty jsou úžasný. Jak oni najednou si dovolí, že mají pocit, že se nějak mračím na ně. Já říkám „Aha“ [udiveně], a zkoumám, co se to ve mě děje, protože ne vždycky tomu i sama rozumím, a ráda jim to vyjádřím zpátky. A jak se jako odvažují...to je zároveň podle mě to léčivý pro ty klinický pacienty, protože oni to potřebují, učit se být v kontaktu sami se sebou a hledat kdo jsou. A oni pak můžou odložit spoustu těch jako příznaků, a když ne tak přijmout „tak já budu vždycky úzkostnější, ale už vím, co s tou svojí úzkostí udělat, už to nemusím jen tlumit. Už s tím můžu něco dělat, už vím, co se svojí vznětlivostí, labilitou...“.*

Ačkoli o tom respondenti nehovoří přímo, z jejich výpovědí vyplývá, že opravdovost jako vztahovou kvalitu je třeba opakovaně vědomě aktivovat a kultivovat. Je to spíše proces než stav, Opravdovost se střídavě vynořuje, nebo častěji je potřeba ji „vytáhnout“ zpoza konstruktů (zkušenosti, rolí a sociálních masek, stereotypů...) které zahalují to, čím člověk ve skutečnosti. Jak již bylo zmíněno, v praxi tato kultivace vypadá tak, že si respondenti

neustále **všímají svého procesu, pojmenovávají jej a reflektují** klientovi nebo jen sobě – „ted' cítím toto, ted' jsem takový, protože potřebuji toto...“:

- *Nejde být opravdová celou dobu, je to skutečně náročné. Jsou momenty, kdy pro vás je to tak pomalé, nebo ten klient se uzavře v sobě a to čekání, kdy on si to sám nějak sumíruje, je pro mě tak strašně, že v duchu už "přestavuju nábytek", jakože mě to odlákává, odcházím. Přistihnu se, že jsem někde jinde, a musím se jakoby vrátit. Ale když se dějí ty momenty [opravdovosti], tak jsme opravdu napojení a můžeme být spolu. To jsou ty momenty změny.*
- *Vůbec si uvědomit, co tam probíhá, jak to vypadá. Jestli to běží, nebo se něco prostě děje. Věnovat pozornost. To třeba vím, že já osobně na to musím myslet vědomě, protože když to nedělám, tak mám tendenci na tu vlastní kongruenci nebo inkongruenci zapomínat. Že to prostě není důležitý, že to zvládnou nebo ustojím, ale samozřejmě se to vždycky vymstí. Je to na překážku, když už jdu proti nějaký svý...že něco se děje, a já tomu nevěnuju pozornost. (...) Musím si to uvědomit a pak kolikrát stačí to jenom vyslovit.*

Opravdovost má však i své hranice, které jsou však velice individuální a pohyblivé v každé situaci, s každým klientem (). Terapeuti musejí pečlivě zkoumat vlastní potřeby, které sice mohou být opravdové, nicméně, již za hranicemi psychoterapeutického vztahu. Jedna z hranic opravdovosti prochází skrze **zvědavost** – respondenti si musejí neustále uvědomovat, jakými potřebami je vedena jejich snaha porozumět:

- *Když je ta moje zvědavost to, co už jako by nepatří do toho vztahu a já bych se to jen chtěla dozvědět, nesouvisí to s tím, co se mu děje, tak je to víc moje potřeba než jeho. Ale je to něco, co není pomáhající. Nemusím povídat úplně všechno, co mám na jazyku, jako nemusím být bezhraniční, a to je strašně důležité vědět.*

Další hranice se nachází v **intimitě**. Ačkoli jsou respondenti se svými klienty v blízkých vztazích, přemýšlejí, kdy a jak vnášet do psychoterapie věci například ze svého osobního a partnerského života:

- *On se svými klienty...jak to nazval...je s nimi „blízko, ale není s nimi intimně“. A to strašně pěkný rozdíl, je s nimi v blízkém vztahu a sdílí nějaké věci, které jsou blízké, jak se má, jak se cítí, ale neříká jim o tom, co doma zase se ženou a co měl k snídani. To jsou intimní věci, a to je to rozdělení.*
- *A zároveň vlastně vždycky, to, co tam vnáším, co se ve mně děje, tam vnáším tak, aby to nějak bylo užitečný pro ten terapeutický proces. To znamená, že rozhoduju co, kdy a jak, z toho, co se ve mě odehrává, tam vnést. Zároveň se pořád potkávám s novými výzvami. Pracuju nějakou dobu s paní, která toho potřebuje o mně hrozně moc vědět a strašně moc porovnávat to, co se děje v ní, a to co se děje ve mně, a jak funguju já v životě, jak funguje ona v životě. Tak tam jsem zase ty svoje hranice posunul o hodně dál, protože mám pocit, že je to potřeba pro ten proces, tak prostě to je určitě věc, kterou se člověk stále učí. (...) Ona se fakt jako vyptává, chce vyslechnout spoustu věcí a já samozřejmě rozvažuju, jak na to reagovat, nakolik se snažím zachytit, proč to potřebuje vědět, a na kolik jako naplnit tu její potřebu. Snažím se to tam nějak držet obojí v tom poli, a zároveň to vypadá, že ten proces by jinak fungovat nemohl. (...) Třeba na hranici jsme narazili, když se začala ptát po*

tom, co si o něčem myslí moje žena. A to je něco, i co záleží na nějakých mejch pocitech, že já můžu být otevřený sám za sebe, ale nemám žádný mandát být otevřený za další lidi.

Jak dobře ilustruje výpověď respondenta-psychiatra, ačkoli jsou jistě výrazem opravdovosti, intimitou a zvědavosti může terapeut snadno nakonec zaplnit prostor psychoterapeutického vztahu svým vlastním procesem na úkor procesu klienta:

• Když mě bolí zuby, tak mě to odtahuje, nepatří to klientovi, musím to ošetřit nějak jinak. Ale jestli to, co si tady povídáme sem nějak patří, a já vám to musím zkomunikovat. A v tom to je ta kongruence. A ten rozdíl je v tom...kongruence tam patří a má smysl pokud je pro dobro toho klienta, to že mě bolí zuby, je mu jedno...ale určitě by to bylo autentické to říct. Někdy se mě zdá, že není těžký zaplavit ten prostor sebou, tou svojí autenticitou, ale může to být trochu balast pro klienta.

Empatie

Na rozdíl od opravdovosti reflektovali respondenti tuto vztahovou kvalitu nejméně. Z výpovědí vyplývá, že vcitřování se je pro respondenty velmi **přirozené a intuitivní**. Jako by tato vztahová kvalita byla zakořeněná v jejich osobnosti:

- A empatická... Já to dělám hodně intuitivně. Učebnicových empatických reakcí moc nemám. Nicméně bych řekla, že tu empatii mám na tom podkladě, anebo že jim to tam vyšlu ve smyslu té parafráze „že ho dobře chápu, že jsme na stejném místě, že jsem porozuměla tomu, co říká“. Takový to tréninkový, co se v těch výcvicích dělá, tak myslím, že to říkám úplně jinak.*
- ...já je všechny беру, já jim všem rozumím, já je mám všechny hrozně ráda, a to nějak jde samo.*
- Empatie mi nějak jde sama od sebe.*

Možná právě z důvodu pocitu vrozenosti empatie respondenti explicitně nehovoří ani o potřebě kultivovat empatii, a ani o jejích limitech.

V práci s klienty empatie podporuje **vnímání a uvědomování procesu**, který se v psychoterapii odehrává. Respondentka reflektuje, že díky empatickému vnímání si dokáže **všímat jemných aspektů vztahu**, aniž by byly předtím pojmenovány:

• Jednak jsem s těmi lidmi, když mluví ten jeden člověk z té rodiny/páru, vypráví ten svůj příběh, můžu ho sledovat empaticky, tak jako v individuálu. A můžu to vlastně střídat, a to je nějaký princip, který pomáhá, to se dá přenést od Rogerse. A mě přijde, že mě tam potom chybělo, že když sleduju buď jednoho nebo druhého, tak já ještě sleduju to, co tam probíhá mezi nimi. Někdy se vlastně jako by objeví výstupy z toho, jak oni tam fungují mezi sebou, nějaký vzorec, který se tam objeví. Třeba jeden druhého neposlouchají, jako by stáli na barikádách a každý si bojuje to svoje, a to nějak oslovím, že to tam vidím a nabídnu jim to, že se mi to jako zdá. Vytáhnou empaticky to, co je mezi nimi, a oni to můžou vidět, nějak se k tomu vztáhnout, můžou to samozřejmě odmítnout, ale nějak to můžou vidět, že nějak se v tom matlají.

Empatické vnímání (tj. záměr pečlivě a cele naslouchat a porozumět) a reflexe tohoto vnímání (i formě pravidelného „technického“ ujišťování o naslouchání) může respondentovi pomoci podpořit tok klientova procesu, jeho vyprávění:

• No, je to takové technické. Asi ano. Někdy se k tomu uchyluju, když klientovi nerozumím. Někdy se stává, že čekám, on mluví a já mu pořád nerozumím, a když se doptávám, tak mi to nepomáhá, někdy ten obraz se neprojasňuje. Někdy ten klient potřebuje dopovědět něco, tak tehdy to empatické reflektování je nástroj, který používám. Jako fakt reflektuju, nejdu ani tak po obsahu, ale technicky po těch větech, snažím se, abych mu umožnila dopovědět ten příběh.

Bezpodmínečné přijetí

Podobně jako v případě empatie, tak i bezpodmínečné přijetí, akceptace je respondenty vnímána jako vztahová kvalita, která je do velké míry součástí jejich osobnostního nastavení. Její praxe, „žítí“ přijetí (výchozí vědomí přijímajícího postoje ke klientovi, dávání najevo přijetí), se děje často přirozeně (...já je všechny беру, já jim všem rozumím, já je mám všechny hrozně ráda, a to nějak jde samo. Protože já v nich pořád vidím ten potenciál, ve všech lidech.). Z analýzy výpovědí vyplývá, že bezpodmínečné přijetí v praxi pro respondenty znamená **plné respektování aktuálních možností a potřeb klienta**, tedy přijetí toho, čeho je klient v danou chvíli schopen a co skutečně potřebuje. Například klientova potřeba nebo schopnost introspekce a explorační, která může být momentálně či i trvale velmi snížena z důvodu daného onemocnění, a klient potřebuje pouze oporu či být v kontaktu:

• A potom jsou lidé, kteří na toto nikdy nedosáhnou nebo nemají zájem, nemají kapacitu, schopnosti, a tam očekávat toto je nesmysl. Tam ta psychoterapie je o tom velmi bazálně podporovat, a to nemyslím jen preterapeuticky, prostě jak se mají. Tam je to prostě o tom být s tím člověkem, jak se má, jak to zvládá s tou dcerou ve škole, jak to je v té práci. Někdy je to velmi těžké toto akceptovat...toto je jediné, co s ním můžu dělat. To je strašně těžké...

• Ale ta psychiatrie je tak strašně široká, takže někdy jsou to pacienti, kteří se vlastně léčí 20 let s paranoidní schizofrenií a za těch 20 let se objevuje celá řada stereotypů, který se těžko odbourávají. Jsou rigidní v tom rozhodování, ty kognitivní funkce slábnou a slábnou, a teď vlastně by přišel někdo a řekl „tak co, tak když jste unavenější, chcete to snížit, nebo nechcete to snížit?“, a oni jsou strašně překvapení a řeknou „to já nevím, to musíte vědět vy“. Tam vidím, že to vůbec není v tom repertoáru – uvažovat o sobě jako o někom, kdo by si mohl říct, já to tak chci, nebo já to tak nechci. Někdy to tak zkouším ještě vlastně párkrát, ale mám i takové pacienty, kteří už vlastně prožili celý ten život třeba i v té psychóze a jsou velmi rigidní. A už i ty léky, který užívali celý život, mají na ně takový dopad, že vidím, že je pro ně příjemnější, když někdo zodpovědnost vezme a řekne. Tak to dělám takhle. Myslím si, že to je person-centered. Protože tak nějak rigidně usilovat o to, aby se rozhodovali oni sami, by jim přineslo větší útrapy než...vidím jaká ta jejich reálná potřeba je, a jejich potřeba je opřít se, tak musí mít kde.

Přijímající postoj respondent zachovává i v případě, že klient selhává či se rozhoduje v rozporu s doporučením respondenta:

- *Často přichází s tím nebo mají zkušenost od jiných psychiatrů, že říkají „já se vám musím strašně omluvit“, ale já říkám „to se neomlouvajte, tak se to stalo...“ a vidím, jak to narovnáva ten vztah, jak oni se začnou cítit trošku...ne líp, samozřejmě se necítí bez deprese... ale důstojněji. Ne jako nějaký klouček, co přichází se mi omluvit za to, že nebere prášky, ale když si přijde jako klouček a řekneme si, že o nic nejde, prostě zkusíme to znova, tak vidím, jak se narovnáva a zas můžu vidět nějakýho chlapa před sebou, který prostě se tak rozhodl a já jsem někdo, kdo respektuje, že se tak rozhodl, a to si myslím, že by tam asi chybět nemělo. A já bych to taky tak chtěl. Vysadil bych prášky, kdyby mi bylo dobře, já bych byl první, kdo by na ně zapomněl, a určitě bych chtěl přijít k někomu, kdo mě nebude kárat za to, že jsem to udělal.*

Na pozadí výpovědí je patrné, že respondenti jsou si vědomi, že přijetí může znamenat i to, že s respektem budou naslouchat procesu, který se pro ně odvíjí pomalu, po povrchu, může být „nezáživný“, ubírá se jinými cestami nebo se úplně zastaví. Bezpodmínečné přijetí se tak stává výzvou **být s jinakostí, odlišností a udržovat kvalitní a prospěšný kontakt s klientem i navzdory vlastním představám o něm:**

- *Samozřejmě každý máme ambice, jak prozkoumávat ten vnitřní prostor, jak s nimi půjdeme tou cestou. Ale tady je ta cesta velmi jednoduchá, tam chodíme jen po dvorečku. (...) To je nejvíc PCA. Tam musím nejvíc pracovat na sobě, protože fakt držet se tam, kde je ten klient.*
- *Pak paradoxně si vybavím takovej silnej zážitek takovýho velkého souznění ve skupině, ve kterým ale jeden nebo dva lidi prostě jako nebyli, a v tu chvíli jako byli naladěni úplně jinak a úplně proti, a když o tom mohli mluvit a mohlo se to tam otevřít, mohlo se tam jako vedle sebe podržet...ten úžasnej zážitek toho souznění i ta možnost, že ne každé v něm teďka je, a zároveň je tam s náma a je nějak přijatej, i když v tom není. Takže to byl silnej zážitek.*

Ukazuje se, že přístup, který je takto skutečně zaměřený na klienta (na jeho nikoli terapeutovy stavy a potřeby) v praxi pomáhá k **obnovení důstojnosti, pocitu kompetence a odpovědnosti** („já jsem se takto rozhodl a moje rozhodnutí bylo přijato“). Projevené přijetí je jedním z **léčivých prvků kontaktu, vztahu** (Jedna paní, která nechtěla do terapie, říkala, já si vezmu jen ty prášky. Ona povídala, já jsem na ní reagoval, a ona se najednou rozplakala, tak jsem se ptal, co se děje. „Já pláču, protože je mě strašně dobře, protože se se mnou takhle ještě nikdy nikdo nebavil“. A to je ten zážitek, který může psychiatr udělat, když pracuje terapeutičtěji.).

Podívejme se nyní na kultivaci bezpodmínečného přijetí a jeho hranice. Ke kultivaci akceptace dochází v **kontaktu s jejími hranicemi**. Respondenti si musejí stále **aktivně uvědomovat, co přijímají, jak je to v souladu s jejich autenticitou** jak v aktuálním procesu, tak i v nějakém celkovém osobnostním nastavení (hodnoty, postoje) (*Akceptace je akceptace, tam si to člověk může uvědomovat, pracovat s tím, když na něco narazí, že tohle třeba nejde.*). Z určitého úhlu pohledu jde vlastně o práci s hranicemi normality, a to jak normality

individuální, tak, právě v případě klinických psychologů a psychiatrů, i normality společenské, podle níž se řídí medicína, když definuje patologii a nemoc. V upřímné snaze akceptovat se respondenti nevyhnou tomu, že musejí vedle sebe držet ambivalentní, paradoxní pohledy na klienta a jeho onemocnění – bezpodmínečné přijetí člověka s nemocí vs. přijetí destruktivního chování způsobeného psychopatologií. Z analýzy však vyplývá, že u respondentů existuje vědomí hranic (ať už osobních či celkově humánních) a situací, v nichž může bezpodmínečné přijetí být již anti-terapeutické:

• Ano jsou věci, které jsou normální, ne že všechno je relativní a všechno je ok, to není pravda. Když někdo spáchá sebevraždu, může to být srozumitelné, akceptovatelné nějak, ale současně to může skutečně být něco, co by ten člověk neudělal, kdyby nebyl nemocný. Neznamená to jako, že ho nechám. Takový ten vtip: „hm hm“ a on skočí. To PCA je nějak o tom, že toho člověka podpoříme a jsme s ním v těch strašných věcech a neříkáme „ne tohle mi neříkejte, to je patologické, tohle tu nebudeme rozebírat, to zničíme, potlačíme a tak“.

Víra v aktualizační tendence

O této vztahové kvalitě, resp. o aktualizační tendenci jako takové, respondenti explicitně hovořili jen málo. Důvodem pro to by může být skutečnost, že pojem „aktualizační tendence“ je více pojmem teoretickým, a tedy i poměrně vzdáleným od jazyka běžné praxe. Zároveň je aktualizační tendence v jistém smyslu také nadřazeným pojmem, který zastřešuje ostatní vztahové kvality. Například, terapeut si může dovolit být ve vztahu ke klientovi (i s duševním onemocněním) nedirektivní, facilitující, velmi přijímající i více opravdový díky tomu, že věří v jeho vrozenou tendenci růst. Věřící v jeho schopnost „uzdravit“ sebe samého a nemusí tak nést plnou zodpovědnost za proces a výsledek terapie. A proto, ačkoli by po vyjádřeních o aktualizační tendenci bylo možné pátrat více „mezi řádky“ výroků ze všech možných oblastí, se v analýze zaměřujeme pouze na konkrétní zmínky o aktualizační tendenci – co pro respondenty představuje, jak jim víra v ní pomáhá při práci s klienty, a v čem může případně spočívat její limity.

Z výpovědí respondentů vyplývá, že aktualizační tendence pro ně znamená, že člověk je v podstatě **neustále v pohybu**, stále roste a vyvíjí se. Je otázka, zda jde o růst ve smyslu zdokonalování a zlepšování, ale bezpochyby je to pohyb směrem k „novému“:

- ...i když cítím nějakou beznaděj nebo nechut', nebo takový jako by vyhoření s tím konkrétním pacientem, a řeknu „aha zkusíme to znova“, tak když prostě nějaký malej pokrok, kterej se tam vždycky nějaký objeví*
- Paní s bipolárnou, dlouhá deprese, nešlo to léky, ale prostě pohnula se. Jsou to mravenčí krůčky, jeden dopředu, jeden zpátky, jeden a půl dopředu.*

I když duševní poruchu nijak neeliminuje, jedinec díky aktualizací tendenci má schopnost nějakým způsobem (i třeba dočasně patologickým) svou **zkušenost integrovat a žít s ní**:

- *Mnoho lidí vnímá tu psychiatrickou recovery jako „ano, nezvládám, mám hlasy“ ...ale já nejsem jen ta schizofrenie, já jsem ještě otec, pracovník, kamarád. Je to jen jedno z... Ano jsou věci, které jsou normální, ne že všechno je relativní a všechno je ok, to není pravda. Když někdo spáchá sebevraždu, může to být srozumitelné, akceptovatelné nějak, ale současně to může skutečně být něco, co by ten člověk neudělal, kdyby nebyl nemocný. Neznámá to jako, že ho nechám. Takový ten vtip: „hm hm“ a on skočí. To PCA je nějak o tom, že toho člověka podpoříme a jsme s ním v těch strašných věcech a neříkáme „ne tohle mi neříkejte, to je patologické, tohle tu nebudeme rozebírat, to zničíme, potlačíme a tak“. Nemůže s tím nic dělat, ale je schopný to reflektovat, být vystaven těm hrozným věcem, dívat se na ně, protože ta aktualizací tendence mu pomůže tu zkušenost integrovat. Někdy je otázka, jak kvalitní ten život je, můžeme se nad tím zamýšlet. Když se ten člověk rozhodne nebrat léky a bude prostě psychotit, bláznit, tak je to dobrý ten život? Není to dobrý? Ale pokud není zbaven svéprávnosti, stále je to jeho život a má na něj právo i takto, i když se ničí.*

- *Tak vím, že některý považují v zásadě za pozitivní – a hodně se o tom hádají s psychiatry [smích] – že nechtějí být léčeni, nebo jen minimálně takovým jako velmi rázným způsobem. Chtějí mít možnost tím procesem v nějakém bezpečném prostředí projít a věří v tom, že vede k dobrým koncům, a rozhodně, minimálně u části lidí, se tak děje.*

Respondenti vnímají aktualizací tendenci jako jeden ze základních motorů jejich práce. Víra v to, že skutečně každý má tuto tendenci, představuje jednu ze základních podpor, která respondentům pomáhá **vytrvat ve své práci, vytrvat v přijímání člověka**:

- *V té práci je to...je to...a teď nechci, aby to vyznělo tak jako že je to něco jasného, co vlastně vždycky funguje, ale často se k tomu vracím a třeba si to musím připomínat...a to je jeden z těch základních principů PCA a to je, že všichni máme nějakou aktualizací tendenci. Někdy když mám pacienty, a teď nemyslím ty v té terapii, tam je to celkem vždycky dobrý s tím pracovat, ale v té psychiatrii to tak někdy vypadá, jako by to bylo beznadějný, jako by se z toho pacienta už nikdy nemohla stát fungující bytost, ale tenhle pohled mi vlastně dovoluje to nevzdát. A znova a znova se s nima ponořovat do některých těch trablů a vlastně vždycky když to udělám, i když cítím nějakou beznaděj nebo nechut, nebo takový jako by vyhoření s tím konkrétním pacientem, a řeknu „aha zkusíme to znova“, tak když prostě nějaký malej pokrok, kterej se tam vždycky nějaký objeví, kterej mě přesvědčí „jo s lidma se to prostě nevzdává“. A to si myslím, že je i něco, co ti pacienti mají rádi, že si tak můžou dovolit selhat. Že když přijdou a řeknou, že nějak selhali tak, že ví, že to není konec světa, že neřeknu „tak už nechodte“, ale „tak něco vymyslíme, uvidíme, zkusíme to znova“. To si myslím, že je pro obě strany nějak příjemný.*
- *Spoustkrát jsem narazila na mnohem větší skepsi a já jsem snažila, jak to šlo, tak říct „nejde to tudy, tak znovu, někde to tam je“. Neoznačkovat „toto je psychotik, s tím se nehne“. V Holešovicích mám více psychiatrickou praxi, s dospělými, depresivní pacienti. Paní s bipolárnou, dlouhá deprese, nešlo to léky, ale prostě pohnula se. Jsou to mravenčí krůčky, jeden dopředu, jeden zpátky, jeden a půl dopředu. Tak si můžu říct „nemá to smysl, nechám to být“, ale ne.*

Jak citace naznačuje, víru v aktualizací tendenci je opět potřeba pěstovat, např. udržováním si **všímavosti vůči drobným změnám**, reflektovat i nepatrné posuny „k lepšímu“. Na určitou hranici této vztahové kvality upozorňuje respondent-klinický psycholog. Nemůže být, v případě některých závažných duševních onemocnění, **proces poháněný aktualizací tendencí pro klienta natolik zatěžující**, že by bylo ve výsledku lepší jej spíše tlumit než podporovat?

A pak vlastně moje otázka úplně dlouhodobá bez úplně jasné odpovědi dodnes... tím, že pracuji s lidma procházejícíma psychotickou zkušeností... jestli když vlastně Rogers vychází z toho, že u každého člověka existuje ta aktualizací tendence, který je potřeba dát prostor v té terapii, aby se mohla uplatnit...jestli je možný, že u někoho prostě ta aktualizací tendence selhává nebo se dokonce obrací proti němu. V nějaký metafoře...existují autoimunitní onemocnění, který vznikají tím, že procesy, který jsou normálně úzdravný a záchovný, se najednou zvrhnou a působí více škody než užítu. Nemám to úplně jasně rozhodnutý, protože se pohybuju mezi lidma, který tuhle zkušenost mají. Tak vím, že některý považují v zásadě za pozitivní – a hodně se o tom hádají s psychiatry [smích] – že nechtěj být léčeny, nebo jen minimálně takovým jako velmi rázným způsobem. Chtějí mít možnost tím procesem v nějakým bezpečným prostředí projít a věří v tom, že vede k dobrým koncům, a rozhodně, minimálně u části lidí, se tak děje. Nicméně, i v zahraničí konstatují, že nějaký procento lidí, který se sami, ani s pomocí okolí, nedokáží tím psychotickým procesem nějak prodrat a ztrácejí s v něm. A to řešení je ten proces nějak utlumit a v terapii spíš pracovat na tom, jak vlastně s těma věcmi srovnat a jak s nima žít, a hledat prostor. Nemám na to jasnou odpověď

6) Vztahové kvality – Chování a jednání

Opravdovost, empatie, bezpodmínečné přijetí a víra v aktualizací tendenci jsou výchozími postoji, tedy *základem* pro chování a jednání respondentů ve vztazích. Některé konkrétní způsoby chování a jednání vycházející z opravdovosti, empatie, akceptace a víry v aktualizací tendenci jsme již částečně naznačili v úsecích, které analyzovaly, v čem a jak konkrétně mohou výchozí vztahové kvality pomáhat respondentům ve vztazích s klienty a pacienty. V této části podrobněji kategorizujeme dané chování a takto vzniklé vztahové kvality poté podložíme dalšími výroky respondentů. Jak již bylo zmíněno v úvodu tohoto bloku, do druhé skupiny vztahových kvality, které mají základ ve skupině první, patří: nedirektivnost a facilitace, partnerský přístup a lidskost. Je třeba podotknout, že tyto způsoby chování a jednání, ač takto kategorizovány, jsou samozřejmě v přístupu respondentů vzájemně provázané a není možné je v praxi striktně oddělovat („chovám se nedirektivně, ale neudržuji partnerský přístup“). Stejně jako výchozí postoje, tak i nedirektivnost, facilitace, partnerský přístup a lidskost jsou kvality, které jsou ve vztahu přítomné nejen v průběhu psychoterapie, ale i v dalších klinických činnostech (diagnostika, poradenství, psychiatrické konzultace...).

Cílem analýzy v této kapitole je pouze jemněji diferencovat, **(1)** jaké konkrétní chování pro respondenty **znamená** daná vztahová kvalita a **(2)** kde mohou být případně **hranice, limity** tohoto jednání (zjednodušeně řečeno „když jsem nedirektivní, tak jsem takový a dělám to a to“ / „být nedirektivní pro mě znamená to a to, ale třeba tady už to nejde“).

Nedirektivnost a facilitace

Nedirektivnost a facilitaci jsou vztahové kvality, které nelze popisovat samostatně. Prvním bodem analýzy je tedy nastínění, jakým způsobem spolu tyto vztahové kvality interagují v chování a jednání respondentů:

- *Já jim nebudu říkat, jak to maj, já to prostě nevím. (...) je to spíš jako snažit se pochopit společně, snažit se rozumět společně, a hledat cestu společně, ale já můžu dát nějaký obecný postřehy, mám nějaký vědomosti, zkušenosti...já to klientům přibližuju, že je to jako kdybychom šli po horách a jsem byla horský průvodce, nicméně jsem slepej horskej průvodce, takže já vím, jak to na těch horách chodí, vím, co je bezpečný, co je nebezpečný, jak tam ty věci choděj, takže vím, jak se tam chovat, jak volit cestu, kde volit základní tábory a podobně, ale oni mi musejí ukazovat, protože já to nevidím, já je bez nich neprovedu.*
- *Ale nemám moc ve zvyku pacientům říkat, že takhle to mají dělat, pokud v tom nevidím nějaký jako výjimečný smysl nebo se nedomluvíme, že pacient řekne „jo ale já teď chci slyšet, jak to mám dělat“. Když chce slyšet ten názor, tak mu většinou říkám „hele takový jsou možnosti, já vám je všechny vysvětlím, a taky chci slyšet co vy na to“ a říkám jim „máte panickou poruchu, to se léčí různými cestami, první z nich je vždycky terapie, vždycky by měla být, druhá jsou prášky, když půjdete tou cestou tý terapie bude to vypadat tak, když práškama bude to vypadat tak, a pak je tady třetí skupina, která si vybere oboje, a to vypadá zase takhle“ a teď oni tak jako kývají, a já řeknu „vy kývete, ale mě by zajímalo, jak je vám to sympatický, co z toho byste si vybral, jak to chcete?“ (...) Formuluju to spíš jako možnosti, nabídky, zajímá mě, jak na ně reagují, komentuju ty reakce těch lidí, není to tak, že bych rozhodoval, jak to bude, myslím, že i tohle do té psychiatrie nějak patří.*

Jak je patrné z těchto výpovědí, pokud se na nedirektivnost a facilitaci podíváme z jistého odstupu, můžeme si všimnout, že respondenti nejprve sdílí, jak to nedělají, jak se nechovají („Já jim nebudu říkat, jak to maj, já to prostě nevím“) a bezprostředně poté vysvětlují, jak se tedy ve skutečnosti chovají (snaží se porozumět, nabízí své zdroje atd.). Význam nedirektivnosti v analýze tedy často zjišťujeme skrze negativní vymezení (direktivnímu) chování, v němž by terapeut nějakým způsobem (direktivně) prosazoval sebe samého na úkor klienta.

O nedirektivnosti a facilitaci by se rovněž dalo uvažovat jako o dvou pólech vztahové aktivity – nedirektivnost jako pól pasivní („nechání klienta, aby proces řídil“), facilitace jako

pól aktivní (různé akty větší či menší podpory klienta v jeho řízení procesu). Jako nedirektivní by mohly tedy být kategorizovány takové vzorce chování a jednání, v nichž respondenti nějakým způsobem reflektovali, že **nerozhodují za klienta (o směru procesu, o dalších postupu atd.)**:

- *Já jim nebudu říkat, jak to maj, já to prostě nevím...*
- *Ale nemám moc ve zvyku pacientům říkat, že takhle to mají dělat...*

Dále se respondenti snaží klienta **nehodnotit ve smyslu kategorizace** (chování, postojů, rozhodnutí atd.):

- *To PCA je nějak o tom, že toho člověka podpoříme a jsme s ním v těch strašných věcech a neříkáme „ne tohle mi neříkejte, to je patologické, tohle tu nebudeme rozebírat, to zničíme, potlačíme a tak“*
- *Většinou mu neříkám škatulku (název diagnózy), to až když se ptají. Ale je to rozhovor, já říkám: „Tady to vypadalo, že... máte dojem, že to sedí?“*
- *Můžete ten rozhovor zjišťovací, odebrání anamnézy, vést různými způsoby, a kolikrát ty lidi i říkají, že... právě i to vstupní vyšetření už může mít formu psychoterapie, že i tím jakým způsobem se dotazujete, jak to třeba nehodnotíte, zaznamenáte, co k tomu poznamenáte, tak to může mít takovej charakter.*

Nedirektivnost s facilitací samozřejmě znamená **respektování klienta – respektování nejen jeho potřeb, možností, rozhodnutí, vůle atd., ale také jeho expertizy v otázkách jeho potíží** (víra v aktualizací tendenci – klient má zdroje porozumět a pomoci sobě samému):

- *Do psychiatrický ambulance lidi přicházejí opravdu, protože chtějí poradit, protože se cítí nějak bezradní, tak já jim říkám „jo vy jste si vybral tohle, to je možnost, já vám to doporučuju, nebo víc vám doporučuju tuhle cestu, ale když půjdeme touhle, tak to nevádí, tak to chcete zkusit, tak půjdeme touhle, a když se ukáže, že to nejde, tak půjdeme tou, kterou doporučuju já...“*
- *...za mnou si zvyklo chodit spousta lidí, kteří se chtějí vyhnout práškům, protože ví, že je úplně nenutím, tak často přijde...já teď nechci vytvořit žádný stereotyp, ale spíš jenom tak ilustrativně řeknu...přijde maminka od malých dětí, že přestává kojit, nebo že ještě kojí, že má strašný panický ataky, ale že se chce vyhnout práškům a já jí řeknu „teď když máte paniku každý den, že voláte ob den záchranku, tak už to na ty prášky je, ale slyším, že nechcete, tak jsou i jiné cesty, jestli to teď chcete zkusit, tak si dejme nějaký čas, po který to budeme zkoušet...měsíc, dva měsíce a když se ukáže, že ty jiné cesty nefungují, tak pak přejdeme k těm práškům“.*
- *...já velmi často zcela přesně nevím, co se děje, nemusím nutně zcela přesně vědět, o čem přesně mluví – a v tom mi PCA taky pomáhá, stačí, když to bude aspoň trochu vědět klient, v tom mu pomáhám.*

Tento respekt není však pouhým pasivním odevzdáním rozhodování klientovi (ponechání klienta napospas jeho potížím), ale jde spíše o citlivé vnímání klienta a následné aktivní poskytnutí podpory či vedení tam, kdy obě strany cítí, že je to na místě:

- *A pro spoustu lidí to jako šok, i nepřekonatelný. Pro některý třeba příjemnej, že „jojo, já jsem to*

vlastně paní doktorce takhle nikdy neřek, ale teď bych se chtěl zeptat, jestli bychom nemohli o půl tabletky snížit“, takže pro některý to je i příjemný. Ale ta psychiatrie je tak strašně široká, takže někdy jsou to pacienti, kteří se vlastně léčí 20 let s paranoidní schizofrenií a za těch 20 let se objevuje celá řada stereotypů, který se těžko odbourávají. Jsou rigidní v tom rozhodování, ty kognitivní funkce slábnou a slábnou, a teď vlastně by přišel někdo a řekl „tak co, tak když jste unavený, chcete to snížit, nebo nechcete to snížit?“, a oni jsou strašně překvapení a řeknou „to já nevím, to musíte vědět vy“. Tam vidím, že to vůbec není v tom repertoáru – uvažovat o sobě jako o někom, kdo by si mohl říct, já to tak chci, nebo já to tak nechci. Někdy to tak zkouším ještě vlastně párkrát, ale mám i takové pacienty, kteří už vlastně prožili celý ten život třeba i v tý psychóze a jsou velmi rigidní. A už i ty léky, který užívali celý život, mají na ně takový dopad, že vidím, že je pro ně příjemnější, když někdo zodpovědnost vezme a řekne. Tak to dělám takhle. Myslím si, že to je person-centered. Protože tak nějak rigidně usilovat o to, aby se rozhodovali oni sami, by jim přineslo větší útrapy než...vidím jaká ta jejich reálná potřeba je, a jejich potřeba je opřít se, tak musí mít kde.

Tím se od „pasivního“ pólu nedirektivnosti přibližujeme k „aktivnímu“ pólu facilitace. Navzdory stereotypní představě o PCA respondenti nezůstávají pasivní, ale v duchu své opravdovosti („Mě připadá, že bych to ani nemohl dělat jinak.“) do procesu aktivně vstupují a nabízejí klientovi sebe samé jako zdroj. Ve výpovědích bychom pod facilitaci mohli zařadit **nabízení vlastní odbornosti**, na němž poté stojí další nabídky:

- *...já můžu dát nějaký obecný postřehy, mám nějaký vědomosti, zkušenosti...já to klientům přibližuju, že je to jako kdybychom šli po horách a jsem byla horský průvodce, nicméně jsem slepej horskej průvodce, takže já vím, jak to na těch horách chodí, vím, co je bezpečný, co je nebezpečný, jak tam ty věci choděj, takže vím, jak se tam chovat, jak volit cestu, kde volit základní tábory a podobně, ale oni mi musejí ukazovat, protože já to nevidím, já je bez nich neprovedu.*

Dále respondenti **nabízejí vlastní opravdovost**, která může klientovi posloužit jako pomyslné zrcadlo jeho bytí a fungování:

- *On mi řekne, kam chce dojít, já s ním ale konzultuju, jestli to vidím i já v rámci své zkušenosti smysluplný a třeba mu nabídnu zamyšlení: „Jako fakt? Jako je tohle opravdu to, co chcete?“. Vsunu tam tohle ukotvení, to je moje práce horského průvodce říct: „Tam ne, to je blbost, tam prostě zahyneme oba dva, tam se nyní dostat nemůžeme.“*

Jak již můžeme sledovat v několika předchozích citátech, **ve formě nabídky** od respondentů přicházejí i **možnosti, rady a doporučení**.

V průběhu rozhovorů rovněž respondenti si rovněž uvědomovali i některé limity nedirektivnosti. Jedním z nich je bezpochyby **vážné ohrožení zdraví či života**, které často doprovází akutní stavy:

- *Tuším, že takový oblasti tý psychiatrie a vůbec toho zdravotnictví, jako jsou, kde to moc prostoru nemá. To jsou třeba ty akutní oddělení. V noci přijde pacient a je úplně paranoidní, není v kontaktu s realitou a když mu sundáte kabát, tak z něho vypadnou tři nože a železná tyč. Tak tam asi není prostor pro žádnou diskuzi, ale čtyři zdravotní bratři na něm leží a píchají mu nějakou injekci, protože pět lidí*

pobodá. Já jsem ale svého času dělal na záchytce, a to jsou situace kdy vůbec ani neuvažujete o nějaký diskuzi. Ale reagujete na to, co tam je, někdo se vás snaží pokousat a poškrábat a víte, že je HIV pozitivní, ale potřebujete ho přivázat, jinak skočí z okna, tak ho potřebujete jako zalehnout, je tam s vámi pět policajtů, a musíte ho jako svázat. To jsou takový nehezky stránky psychiatrie. Samozřejmě, tam to PCA svoje místo žádný nemá.

Kromě akutních stavů jsou také další oblasti, v nichž je potřeba „naředit“ nedirektivnost určitými direktivními prvky (kontroly, rozhodování, hierarchický režim...) za účelem zvládnutí již **plně manifestovaných potíží** (diagnostické ústavy, oddělení pro léčbu závislosti na návykových látkách atd.):

- Jsou pacienti, u kterých to fakt nejde, anebo nejde udělat čistý. Myslím, že přístup jde všude, ale rozhodně v diagnostiku nemůžu dělat čistý PCA. Musím přidat ty behaviorální metody – různé kontroly, povely – to tam musí být. Na závislostech – tam prostě režimová léčba patří. Ale já ji můžu podat velmi direktivně, nadřazeně apod. anebo „Tohle vám může pomoci, je to pro to a pro to“ a v rámci toho pochopit proč děláme tohleto, jaký to má smysl, zkusit se naladit na tu spolupráci, ale samozřejmě ta kontrola do režimové spolupráce prostě patří.*

Partnerský přístup

Zatímco nedirektivnost a facilitace odkazovaly více spíše k aktivitě, činností vztahových aktérů, vztahová kvalita Partnerství obsahuje významy, jež respondenti přikládají samotné dyádě, jinými slovy, kým mohou být terapeut a klient pro sebe navzájem. Jak napovídá označení této kategorie z výpovědí vyplývá, že respondenti se snaží, aby s klientem byli v terapeutickém procesu zejména partnery. Partnerský přístup tedy pro respondenty znamená to, že se snaží s klienty navázat **rovnocennou spolupráci** dvou lidí, a do určité míry redukovat onu nadřazenost implicitně přítomnou ve vztahu odborníka, pomáhajícího k laikovi, příjemci pomoci.

- Myslím, že léčba by byla mnohem efektivnější, kdyby ti odborníci měli ten vhled, rozuměli souvislostem, té dynamice. Přístupovali by k pacientům z trochu symetričtější pozice, než je běžný v tom zdravotnictví, kde já jsem ten, kdo má zodpovědnost za tvoje zdraví, za tvoji bezpečnost, tak já rozhoduju, ale kdyby se to vyrovnalo, tak „hrajem to spolu, musíme to udělat spolu, ne jenom já, ale oba, a možná, že najdeme takovou hranici, že někde víc já někde víc ty“. „Já jsem na té zodpovědnosti a budu si povídat o tom, kde to je jinak“. Bude to asi náročnější, ale myslím, že by to bylo příjemnější pro pacienty, rychlejší, efektivnější, účinnější • ...je to spíš jako snažit se pochopit společně, snažit se rozumět společně, a hledat cestu společně...*

Jedním z nástrojů vyrovnávání vztahové asymetrie je **sdílení odpovědnosti za léčbu** – respondenti aktivně zahrnují klienta do řízení terapeutického procesu:

- ...je to spíš jako snažit se pochopit společně, snažit se rozumět společně, a hledat cestu společně*
- Myslím, že jestli jsem v něčem to PCA při té diagnostice uplatnil, tak pak ve způsobu, jakým jsem s*

tím člověkem ty výsledky probíral. Kdy teda – to už je dneska víc standard, byť ne všude – dostávali lidi vždycky ode mě výsledky do ruky, a zároveň jsme si dali vždycky půl hodiny na to, abychom o tom mluvili, aby to pro ně bylo nějak celkově podpůrný, pokud možno.

- *...dávám zodpovědnost i tomu klientovi, pacientovi, že prostě rozhodně ho nebudu léčit jen já. To budeme dělat spolu.*

Dalším nástrojem, jak uvádět do praxe partnerský přístup a spolupráci, je **otevřený dialog s klientem**, tj. včetně sdílení a nabízení vlastních pohledů, rad, doporučení a včetně přijímajícího respektu, se respondenti aktivně **tážou klienta na jeho potřeby, názory a vyzývají jej k rozhodování**:

- *Více otevřeného dialogu. Ne že si sedne tým někde na nějakém inspekčním pokoji a bavíme se o pacientech. Ale vezmem toho pacienta k tomu a bavíme se o tom, co taky on chce, co potřebuje. Ale i to, že se nebudeme bavit o těch pacientech jako o objektech... samozřejmě se to děje, dva kolegové si občas potřebujeme o tom pacientovi něco říct... ale v těch zásadních věcech bych se vůbec nebál toho pacienta mít u toho, už proto abychom o něm mohli mluvit s tím respektem, který mu patří. Ne jako o objektu, ale „Karle, teď mluvíme o vás, a napadá mě k vám tohle a tohle, a mého kolegu tohle a tohle“. Ale ne jako když se baví zdravotníci sami, má to takový lehce devalvační náboj, který si myslím, že hodně ovlivňuje to pole jako takový. Myslím, že by se hodně změnilo, kdyby ty dialogy byly otevřené.*

Jelikož partnerský přístup a nedirektivnost spolu úzce souvisejí, tak i na jejich limity můžeme narazit ve stejných situacích a oblastech praxe. Pro partnerský přístup není prostor v situacích akutního ohrožení zdraví a života, a rovněž na některých psychiatrických odděleních je nezbytné, aby byl doplněn a regulován určitými ne-partnerskými pravidly (hierarchie, vynucování pravidel proti vůli jedince...).

Lidskost

Ačkoli z hlediska teorie PCA i teorie psychoterapie jako takové patří tato vztahová kvalita k těm nejobecnějším, je zároveň tou nejdůležitějšími. Bez lidskosti, humanismu by respondenti nemohli být současně empatičtí a přijímající, nedirektivní ani partnerští. Z výpovědí respondentů vyplývá, že vzorce chování a jednání, které bychom mohli označit jako humanistické, se vyznačují několika aspekty. Respondenti **pocitují základní lidskou náklonnost a sympatie** ke svým klientům:

- *...já je mám všechny hrozně ráda, a to nějak jde samo. Protože já v nich pořád vidím ten potenciál, ve všech lidech.*
- *Teprve až v praxi jsem poznala, jak je to jako úžasnej nástroj [kongruence], jak ty lidi jako roztávají, když tady sedí s čitelným člověkem, a to, co si nedovolí říkat jinde, tak najednou oni si tady dovolí říkat, zvlášť třeba ty "úzkostňáci" [mile, láskyplně], ty jsou úžasný. Jak oni najednou si dovolí, že mají pocit, že se nějak mračím na ně. Já říkám „Aha“ [udiveně], a zkoumám, co se to ve mě děje, protože ne vždycky tomu i sama rozumím, a ráda jim to vyjádřím zpátky. A jak se jako odvažují...*

At' už jde o situaci psychoterapie, vyšetření či běžného denního kontaktu, respondenti se chovají ke klientům s **laskavostí a vlídností**:

- *Máme právě i tu zpětnou vazbu, že právě to, co ti klienti oceňují, je právě jako ta lidskost, protože je to to nejsilnější, co jim vlastně můžeme dát. Takovej ten pocit, že je vnímáme jako plnohodnotné lidi a že z naší strany to oni vnímají jako lidskej, humanistickéj přístup. Jako forma laskavosti, kdy to můžete podat laskavě, ale může v tom být i nějaká přísnost, ale ne nějaké odsouzení, tak to je to, co má dobrou zpětnou vazbu.*
- *Často přichází s tím nebo mají zkušenost od jiných psychiatrů, že říkají „já se vám musím strašně omluvit“, ale já říkám „to se neomlouvajte, tak se to stalo...“ a vidím, jak to narovnává ten vztah, jak oni se začnou cítit trochu...ne líp, samozřejmě se necítí bez deprese... ale důstojněji.*
- *Že když přijdou a řeknou, že nějak selhali tak, že ví, že to není konec světa, že neřeknu „tak už nechodte“, ale „tak něco vymyslíme, uvidíme, zkusíme to znova“. To si myslím, že je pro obě strany nějak příjemný.*

Chování a jednání respondentů je samozřejmě také neseno základní **touhou pomoci a starostí o druhého člověka**, které asi nejvýstižněji vyjadřuje následující výpověď o situaci, jež na první pohled nemá nic společného s psychoterapií či PCA:

- *V noci přijde pacient a je úplně paranoidní, není v kontaktu s realitou a když mu sundáte kabát, tak z něho vypadnou tři nože a železná tyč. Tak tam asi není prostor pro žádnou diskuzi, ale čtyři zdravotní bratři na něm leží a píchají mu nějakou injekci, protože pět lidí pobodá. Já jsem ale svého času dělal na záchytce, a to jsou situace kdy vůbec ani neuvažujete o nějaký diskuzi. Ale reagujete na to, co tam je, někdo se vás snaží pokousat a poškrábat a víte, že je HIV pozitivní, ale potřebujete ho přivázat, jinak skočí z okna, tak ho potřebujete jako zalehnout, je tam s vámi pět policajtů, a musíte ho jako svázat. To jsou takový nehezky stránky psychiatrie. Samozřejmě, tam to PCA svoje místo žádný nemá. Ale...no možná, že i tam mi vylezl takový ten životní postoj, že jsem si říkal, abych ho tam nenechal moc dlouho, že ho odvážu, aby neměl ty ruce moc odřené... ale to není PCA, to je takový normální zájem o lidi, to bych neřek, že souvisí s filosofií, ale s nějakým nastavením. Vidíte kolegy, kterým je to jedno, jak dlouho tam leží, prostě tam leží, nebo vidíte kolegy, kteří na to myslí taky, „hele pojdte se mrknout, jestli už je při vědomí, že bychom ho nechali projít, nadechnout a napít a tak“, ale to je spíše lidskost, to má více společného s tím humanistickým než s tím zbytkem PCA. Jsme tady pro ty lidi, abychom jim pomáhali, ne abychom je mučili.*

Analýzu vztahových kvalit můžeme nyní uzavřít lehce technickým shrnutím. Obě skupiny vztahových kvalit – (1) **empatie, akceptace, opravdovost a víra v aktualizací tendenci**, (2) **nedirektivnost a facilitace, partnerský přístup a lidskost** – se významnou měrou podílejí na posilování klientových pocitů kompetence, odpovědnosti a jeho vůle řídit vlastní proces, jakožto i proces terapie, čímž dotýčný vlastně „léčí“ sebe samého. Tyto kvality pomáhají respondentům navázat, udržovat a kultivovat vztahy, v nichž se klienti cítí důstojně jako plnohodnotné lidské bytosti

Blok 3 – ZKUŠENOST S KLINICKÝM PROSTŘEDÍM

Třetí blok sdružuje témata, která vyplynula z hovoru o různých aspektech klinického prostředí. Analýza zachycuje vztah respondentů ke čtyřem základním aspektům klinické praxe. Respondenti popisují, jaký význam pro ně má (1) diagnostika a (2) psychoterapie, tedy typické klinické činnosti, jejichž výkon je u daných profesí vyžadován. A dále se respondenti vztahují k (3) psychopatologii a (4) biomedicínskému modelu nemoci, tedy určitým filosoficko-mentálním nastavením, v jejichž duchu jsou klinické činnosti vykonávány. Analytické uvažování nad těmito čtyřmi tématy má rozmanitou a mnohdy složitější strukturu, ale spojuje jej snaha zachytit způsob, jakým respondenti do daného aspektu implikují přístup zaměřený na člověka.

7) Diagnostika a její smysl

V této kategorii respondenti vyjadřují své postoje ke smyslu a užitečnosti diagnostiky jako činnosti vyžadované od klinického psychologa či psychiatra. Výpovědi o diagnostice se objevily v těchto kontextech: motivace ke vstupu do profese, projev PCA v klinické praxi, PCA a medicínský model, diagnostická činnost a její smysl, výkon standardní psychometrické diagnostiky, uplatnění PCA v diagnostice.

Při pátrání po smyslu a užitečnosti diagnostiky si lze napříč rozhovory povšimnout, že respondenti vnímají tuto činnost dvojím způsobem. Pro lepší porozumění můžeme s mírnou nadsázkou říct, že respondenti si diagnostickou činnost představují buď jako „**diagnostiku pro diagnózu**“ nebo „**diagnostiku pro klienta**“. Tyto dva způsoby, jakými respondenti pohlíží na diagnostickou činnost, se odráží v jejich sděleních skrze tři ukazatele: vnímání role diagnostika, motivací respondenta k výkonu diagnostiky, a mírou uplatnění principů PCA v diagnostice.

Dle výpovědí respondentů „diagnostika pro diagnózu“ znamená provádění psychologického či psychiatrického vyšetření (často za použití materiálních nástrojů), na jehož základě je pak klientovi přidělena diagnóza. Smyslem klasifikace nemoci je vykazání diagnostické činnosti pojišťovně:

- *...můžeme jí dělat psychiatrickou formou, že hledám diagnózu, anebo já ji ráda dělám v kombinaci s tou fakt psychologickou, kdy kromě toho, že hledám správnou škatulku, abych to vykazala pojišťovně, což je moje jediná motivace (k dání označení z klasifikace nemoci), tak chci rozumět.; ...je to upřímně řečeno, abych naplnil to, co je potřeba pro pojišťovnu, aby ten člověk pro tu pojišťovnu měl nějakou relevantní diagnózu, která odpovídá na jednu stranu tomu jeho stavu, na druhou stranu tomu, že čerpá psychoterapii..*

Respondenti tuto povinnost klasifikovat nemoc negativně reflektují jako „škatulkování“, které je **málo užitečné pro klienta i pro ně samotné:**

- *Kdybych chtěl opravdu psát zprávu nebo napsat popis toho procesu, tak bych se musel chtít nechtít méně věnovat tomu klientovi a víc tomu přemýšlení a formulování. Takový diagnostický rozhovor se dá udělat nebo dají se udělat dva tři takový, ale to by tomu klientovi bylo málo prospěšný. Takže v takový roli nebývám, ani nechci být, a spíš jsem v té terapeutický roli...; Diagnostiku klasickou už dost let nedělám. Dělával jsem jí. Možná mi to i v nějakých chvílích přišlo zajímavý a bavilo mě to, akorát pak musím říct, že povětšinou mi to až tolik k ničemu nebylo, krom nějakých případů – odhalení organicity, kde je pak třeba postupovat jinak.*

Roli diagnostika, jehož jedinou motivací k vyšetření je přidělení diagnózy, popisují respondenti jako **zatěžující**, jelikož vyžaduje formální administrativní úkony, jako např. psaní zpráv z vyšetření:

- *Dělala jsem jí [diagnostiku], neměla jsem to ráda, je to strašný opruz, zabere to hrozně času. Ještě co ta diagnostika, to je ještě docela zábavné, protože to je takové objevování, jako já tam tomu člověku dávám nějaký materiál, on s tím něco dělá, něco dostávám zpět, to je zábavné, taková hra. Ale potom to psaní je strašné.*

Jsou si vědomi toho že, tato role může ve výsledku „odvádět“ **pozornost od klienta**, jelikož pomáhající je nucen se soustředit více na klientův problém a jeho popis, než na klienta samotného:

- *Když bych chtěl být diagnostik, ve smyslu že bych nějakému kolegovi potřeboval napsat zprávu co s pacientem nebo klientem je, tak se zaměřuju jenom na to, a vedu toho klienta cíleně k tomu, aby to dobře popsal, jak to má a já abych si to zformuloval; Kdybych chtěl opravdu psát zprávu nebo napsat popis toho procesu, tak bych se musel chtít nechtít méně věnovat tomu klientovi a víc tomu přemýšlení a formulování.).*

Respondenti si všimají, že v případě „diagnostiky pro diagnózu“ je **role diagnostika striktněji oddělena od role terapeuta**, a to na úrovni obsahu sezení a formy jazyka pomáhajícího:

- *Když bych chtěl být diagnostik, ve smyslu že bych nějakému kolegovi potřeboval napsat zprávu co s pacientem nebo klientem je, tak se zaměřuju jenom na to, a vedu toho klienta cíleně k tomu, aby to dobře popsal, jak to má a já abych si to zformuloval...; Oni povídají, vy posloucháte, nějak si to skládáte, podpoříte tu exploraci, ale nemáte tu terapeutickou ambici. Takže já jsem tam třeba slyšel takový témata, který by se hodilo oslovit, ale nedělám to, protože teď potřebuju poslouchat, abych udělal tu zprávu „tenhle člověk je do terapie, nebo není do terapie“. To je to diagnostický.*

Z hlediska vlastního přístupu, diagnostik vystupuje více jako **expert**, je více **direktivní** a udržuje **pevnější strukturu rozhovoru:**

- *Ale tam [v diagnostice] klientovi nedávám na výběr, tam prostě chci, aby něco udělal, tam to není o tom, že si může vybrat. Takže to je úplně jiný přístup, to je úplně jiná role... Tam ten rozhovor je strukturovaný, já se ptám na nějaké věci chci, aby mi ten člověk odpovídal a vedu ho nějak tím*

rozhovorem v tom smyslu, že on mi vypráví ten příběh, ale já se doptávám...Když je to v tom vyšetření, tam si můžu dovolit, můžu být velmi jasná, velmi striktní, můžu mu povídat, jak to je. To je úplně jiná role.

Všem respondentům byl v různých obměnách položen dotaz, zda se dá PCA uplatnit v této klasické diagnostické činnosti, v „diagnostice pro diagnózu“. Z výpovědí následně vyplynulo, že PCA může být jakýmsi mostem od „diagnostiky pro diagnózu“ k uvedené představě diagnostiky „pro klienta“, jelikož do procesu, v němž hráli ústřední role doposud pouze diagnostik-expert a nemoc klienta (hledání správné kategorie), je přizván jednak klient jako člověk, plnohodnotný celek, jednak vzájemný vztah klienta a diagnostika-psychoterapeuta:

- To, o co se snažíme, když diagnostikujeme lidi u nás, aby to k něčemu bylo. Ne, že z toho vypadne jen F63, nebo F20.0, ale že to zhodnotí nějakou jeho schopnost, ty dobré stránky, na co on reaguje, a ty v kterých je slabý a na čem by mohl pracovat, a to mu nabídnout. Myslím, že to pro někoho může být velmi nápomocné.*

Pohled na diagnostiku „pro klienta“ staví tuto činnost do užšího vztahu s procesem psychoterapie. Diagnostikou se již nerozumí jen úvodní fáze před vstupem do psychoterapie (otestování klienta, přidělení diagnózy, indikace psychoterapie), ale je to něco, co psychoterapeut dělá kontinuálně v průběhu psychoterapeutického procesu tím, že se různými způsoby snaží stále porozumět klientovi. Základním smyslem diagnostiky, která je „pro klienta“ a nikoli „pro diagnózu“, je tedy **porozumění**:

- ...nesouhlasím s postojem mnohých klinických psychologů: „Já nedělám diagnostiku“. Myslím si, že to je prostě blbě. Ta diagnostika k tomu prostě patří, třeba právě proto abychom pochopili, o co v tom jde, o co ten člověk jakoby zakopává. Což neznamená dát nálepku, ale porozumět tomu. Takže jako jo určitě, ale obojí (terapie i diagnostika); ...tak chci rozumět. A chci, aby rozuměl ten člověk, že se snažím pak po každém vyšetření, aby ten člověk dostal informaci, aby rozuměl, co se to v něm možná děje, pomoci mu to nahlídnout.*

Na obecné úrovni jde o **porozumění klientovu procesu**, konkrétněji pak o **porozumění klientovým obtížím**:

- ...jak on se na sebe dívá, jaký je jeho sebeobraz a jaký jsou ty jeho introjekty, nebo co ho vlastně ty introjekty nutí dělat, jak vypadá to fenomenální pole a vidím tam nějaký organismický hodnotící proces, jak vypadá ta aktualizací tendence, nebo sebeaktualizační tendence.*

Když psychoterapeut, ale i klient rozumí obtížím a procesu, psychoterapie může být lépe zacílena a tím pádem i efektivnější:

- A možná někdy i dohledáváme, jak věci spolu souvisí. Jestli jsou sociálně stažený, protože mají poruchu nálady, nebo jsou sociálně stažený, i když ji nemají. Z toho to pak vychází do cílů té terapie: „S čím jste spokojený, s čím jste nespokojený“; Já tam nejsem proto, abych je hodnotila, plus, minus,*

škatule, ale že tady jsme proto, abychom porozuměli. Abychom porozuměli, v čem je teda ten problém, a mohli dobře zacílit tu naši spolupráci tu léčbu, aby to bylo k něčemu.

Změnou diagnostického záměru – **od přidělení kategorie k porozumění procesu** – psychoterapeut-diagnostik vrací do centra léčba klienta samotného, zaměřuje svůj přístup opět na člověka. Podívejme se nyní konkrétněji a strukturovaněji, jak se podle respondentů může PCA a jeho principy uplatňovat v diagnostické činnosti. K popsání (a poté k pochopení) klientova procesu a jeho obtíží mohou dobře posloužit **teoretické koncepty a terminologie PCA**:

- *Ale to co mě zajímá, a to vlastně trochu diagnostika z mého pohledu je, jak on se na sebe dívá, jaký je jeho sebeobraz a jaký jsou ty jeho introjekty, nebo co ho vlastně ty introjekty nutí dělat, jak vypadá to fenomenální pole a vidím tam nějaký organismický hodnotící proces, jak vypadá ta aktualizací tendence, nebo sebeaktualizační tendence. Tak to jsou věci, které musíme diagnosticky sledovat a chci to vlastně i v té supervizi od těch supervizantů. Aby když přijdou a referují o klientovi, aby se tohleto učili. Aby i takhle přemýšleli o tom procesu, že to má nějaký teoretický pozadí, což vlastně trochu diagnostika je.*

Z výpovědí dále vyplývá, že stejně jako v psychoterapii zaměřené na klienta, tak i v diagnostice v duchu PCA respondenti kladou důraz na člověka a **vzájemný vztah**, který je založen na rovnosti, partnerství a spolupráci. V praxi se to projevuje tím, že se respondenti ve vztahu s klienty snaží, v duchu přesvědčení o expertize člověka na sebe samého, aby se **klienti aktivně podíleli na diagnostickém procesu** (*Ale je to rozhovor, já říkám: „Tady to vypadalo, že... máte dojem, že to sedí?“*). Konkrétně, například respondent-psychiatri podporuje své klienty a pacienty v **exploraci a explikaci**. Jde v podstatě o základní diagnostické (a zároveň i terapeutické) nástroje, které klient sám může aktivně používat a které mu pomáhají uvědomovat si vlastní proces a rozumět mu, tj. dávat procesu význam, smysl:

- *To je jenom to povídání...To je asi tak jedinej způsob, jak to udělat. Ten nástroj je to, že vedete klienta k dobrý exploraci. Že mu „nedovolujete“ skočit do hlavy a jenom přemýšlet, a povídat ty racionalizace, kterých často ti klienti jsou plní, protože něco si přečetli, nějak o sobě přemýšlejí, něco jim někdo řekl...ale pomůže to tomu klientovi podívat se dovnitř, co to tam má, „aha teď cítím něco“ a já na to něco řeknu, a teď vy vidíte, že on pocítil vztek a současně s tím vztekem přišel hned stud, tak to začal racionalizovat, začal to nějak omlouvat. Najednou uvidíte, co je ten organismický proces, jak vypadají ty obrany, a to se ukazuje jen v té dobrý exploraci, ne jen v tom, že klient jenom povídá, ale že se taky dívá dovnitř, může odkládat některé zábrany a může o tom mluvit. Ta technika spočívá vlastně v dobré terapeutické práci.*

Dále respondenti zapojují své klienty do diagnostického procesu tím, že se **zajímají o jejich pohled a názor na výsledky diagnostiky**. Probírají s klienty své závěry a interpretace a dávají prostor se k nim vyjádřit:

- *Myslím, že jestli jsem v něčem to PCA při té diagnostice uplatnil, tak pak ve způsobu, jakým jsem s tím člověkem ty výsledky probíral. Kdy teda – to už je dneska víc standard, byť ne všude – dostávali lidi vždycky ode mě výsledky do ruky, a zároveň jsme si dali vždycky půl hodiny na to, abychom o tom mluvili, aby to pro ně bylo nějak celkově podpůrný, pokud možno.*

PCA se do diagnostiky také promítá tím, že respondenti stále udržují **lidský přístup a reflektují potřeby diagnostikovaného**. Ve standardizovaných situacích (testování, anamnestický rozhovor) se nebojí zůstat **autentičtí a podporující**:

- *Snažím se být korektní ve všech testech, abych je zadávala správně, ale určitě třeba u Wechslera daleko víc jsem nastavená na podporu, aby se u toho cítili dobře a podali co nejlepší výkon. Snažím se z nich vymáchnout to nejlepší, podporuji to, aby se nevzdávali. Já si to ale neumím představit, že bych to nedělala. Já si tedy říkám, dobrý, vím že dostane maximální podporu, takže jako s touto podporou podávají tyto výsledky, a tak i interpretuju ten výsledek, vím, že jsem to dělala. A že i při plné, milé podpoře, to asi lepší nebude. Takhle mi PCA leze do diagnostiky...snažím se být lidská, „Ty úkoly jsou někdy těžký“, vsunu tam takový to pochopení, „Tohle vás zaskočilo“ při té komplexní figuře Reyovce, jako když to vybalím po těch 3 minutách. Pochopení, „Je to trochu podraz, tak to zkuste“. Protože to je trochu podraz (-), klient při kopii není informován, že si to má pamatovat, pak je nečekaně vyzván, aby to kreslil z paměti), co si budem povídat... není to příjemná situace. Když zareagují úzkostí, tak se je snažím jako tímhle rozpustit. Dělam to tím stylem pochopení, přijetí i neznačkování, ano, je normální, že jste tím zaskočený, já to nebudu interpretovat jen z tohoto, že je zvýšeně úzkostný a lpí na dobrým výkonu. To si zinterpretuju, až když to budu mít napříč celým vyšetřením a budu to tam mít i v jiných metodách, tak si dovolím tomu dát i "nálepku". Ale jestli tak zareaguje párkrát v situaci, která je tomu přiměřená, tak to asi nebude tak významný.*

Ve sdělení je také patrné, že se respondenti stále snaží zůstat **otevření potenciálu klienta a „neznačkovat“** jej. V případě úvodního anamnestického rozhovoru, který může být vykazován jako úvodní vyšetření s cílem přidělit diagnózu, respondenti reflektují, že vedou hovor (způsob dotazování a forma reflexe) také spíše více **partnersky-psychoterapeuticky** (se zaměřením na člověka) než expertně-diagnosticky se zaměřením na problém:

- *Jak to dělám dneska...pro toho člověka je to vlastně úvodní terapeutické rozhovor, který je holt vykázaný jako cílený vyšetření s nějakým závěrem, ale on to nějak speciálně nepozná, krom toho, že prostě je to nějaký první sezení, který je ale vždycky nějak specifický. Ten člověk povídá trochu víc o tom, s čím přichází a tak. A možná, že se tam trochu doptám na nějaký ty věci, který potřebuju vědět, typu adresy a rodného čísla apod. A možná ještě pár otázek, pokud je tam nějaká anamnéza psychiatrická.; Můžete ten rozhovor zjišťovací, odebrání anamnézy, vést různými způsoby, a kolikrát ty lidi i říkají, že... právě i to vstupní vyšetření už může mít formu psychoterapie, že i tím jakým způsobem se dotazujete, jak to třeba nehodnotíte, zaznamenáte, co k tomu poznamenáte, tak to může mít takovej charakter. Vlastně i když se ta diagnóza dá, tak to není odsouzení, prostě takové pracovní.; Ale v terapii tam nepotřebuju všechno hned prozkoumat, tam když mi to klient neukáže dneska, tak mi to ukáže za týden.).*

Můžeme si všimnout, že v případě „diagnostiky pro klienta“ dochází k pevnějšímu **srůstání role diagnostika s rolí psychoterapeuta**. Zejména v průběhu (terapeutického) procesu není možné striktně tyto role oddělovat, jelikož psychoterapeut a klient mají obvykle navzájem poměrně **úzký vztah**, který může být pro standardní diagnostiku leckdy překážkou:

- *V dobách, kdy jsem dělal klasickou diagnostiku, to je trochu složitější, dokonce myslím, že ten diagnostický vztah je jiný než pracovní vztah v terapii. Jsem přesvědčenější, že nelze dělat diagnostiku člověka, kterýho už v terapii mám, protože ty metody by házely podivný výsledky. Ty odpovědi jsou normované na to, že ten člověk má určitou míru nedůvěry apod. Pak když to tam není splněno, tak to vychází někde úplně jinde. Párkrát se mi stalo, že člověka, kterýho jsem diagnostikoval, jsem pak vzal do dlouhodobé terapie, a to se dalo.*

Analýzu této kategorie můžeme shrnout a uzavřít poznatkem, že u respondentů vlastně došlo k **rozšíření chápání toho, co je to „diagnostika“**. Zásadním pro toto rozšíření je pravděpodobně skutečnost, že diagnostická činnost respondentů se povětšinou odehrává v **psychoterapeutickém vztahu**, který je ze své podstaty samozřejmě osobnější než vztah diagnostický. Psychoterapeutický vztah v duchu přístupu zaměřeného na člověka částečně stírá přirozenou nerovnost mezi pomáhajícím a příjemcem pomoci. Pozice psychoterapeuta a pozice klienta, na rozdíl od pozice diagnostika a pozice vyšetřovaného, jsou tedy (nebo by alespoň měly být) vyrovnanější z hlediska aktivity-pasivity, direktivnosti-nedirektivnosti obou účastníků v činnostech odehrávajících se v psychoterapeutickém vztahu, tedy i v diagnostice. Proto už z principu nemůže jít v tomto chápání diagnostiky jen o testování, popisování a klasifikování klienta odborníkem. Naopak **diagnostická činnost je kooperací a spoluprací**, v níž dva odborníci – odborník na proces psychoterapie a odborník na vlastní duševní život – společně zkoumají a popisují nejen obtíže, ale i svůj vzájemný vztah. Zmiňovaný účel tohoto zkoumání a popisování – porozumění obtížím a vzájemnému vztahu – dodává samotné diagnostice **terapeutický potenciál** (*Myslím, že vlastně ta terapeutická diagnostika je víc zaměřená na člověka. Ta diagnostická ta je víc kvůli mně, co tam potřebuju napsat.*).

8) Co je to psychoterapie

Osmé téma přináší sadu odpovědí na to, co je z pohledu respondentů psychoterapie. Co si představují pod touto činností úzce spojenou s praxí klinického psychologa a psychiatra? Jelikož otázka na význam psychoterapie nebyla v rozhovorech pokládána přímo (nejblíže tomu je nejspíš otázka *Jak podle vás vypadá ideální terapie?*), tato kategorie se v analýze vynořovala spíše „mezi řádky“. Psychoterapie, její význam a vztah k ní, byly v rozhovorech respondenty vymezovány často v kontrastu s jinými, (někdy „protikladnými“) klinickými činnostmi (diagnostika, poradenství, psychiatrická

konzultace...). Proto se toto téma objevovalo v souvislosti s velmi různými kontexty: význam PCA, PCA a medicínský model, projev PCA v klinické praxi, uvažování o psychopatologii, PCA a psychopatologie, limity a výzvy PCA, pochybnosti o PCA, motivace k profesi, ideál psychoterapie. Připomeňme, že pojem „terapie“ (léčba obecně) užívají opakovaně respondenti i tazatel, když hovoří o *psychoterapii*, tedy léčbě duše.

Z důvodu méně jasných kontur, je analýza této kategorie pojata kreativněji. Analýza nabízí dva způsoby, jimiž je psychoterapie respondenty vymezována. Ve výpovědích respondentů o tom, jak „dělají psychoterapii“, můžeme zachytit některé aspekty, o nichž by se dalo říct, že je respondenti považují za důležité/klíčové/specifické pro tuto činnost. Jinými slovy pomocí vyzdvižení jednoho či více znaků psychoterapie nabízejí respondenti řadu definic, **(1) co je pro ně psychoterapie**. Za druhé je psychoterapie ve výpovědích vymezována prostřednictvím jejích hranic, zjednodušeně řečeno tedy tím, **(2) co už psychoterapie možná není, co do ní nepatří**.

Podívejme se nejprve, jakými aspekty respondenti charakterizovali psychoterapii. Jak již bylo mnohokrát zmíněno, bez vazby na konkrétní směry, **psychoterapie je především vztahem dvou lidí** (psychoterapie je vždy o obou, terapeutovi i klientovi):

- *Co si myslím, že je univerzální, co je důležité, je ten vztah, a to je něco k čemu se všechny školy přiklonily. Je to dneska běžné pro všechny školy. Dokonce i pro KBT. To, co je důležité, je ten vztah a my jsme tím nástrojem. Že to je, že jsou školy, které používají nějaké techniky a mají to strukturované, a více pracují na nějaké teoretické bázi (přenos, protipřenos). Techniky, které pomáhají zvládnout těžkou situaci, to je fajn. Prostě nějaké konstrukty, které mi pomohou nějak fungovat s klientem, ale když já nezvládám nějakou oblast, tak mě to nepustí dále, ať mám jakoukoli techniku.*
- *Vždycky záleží na tom, co tam probíhá. Někdy to plyne úplně samo, někdy z nějakých důvodů je to prostě náročnější. Ale to k tomu patří. Vždycky je to i tom, že se dá popřemýšlet, co je na mé straně. Jestli tam já nemám nějaký vnitřní rozpor, můžu s tím i takhle pracovat, že se snažím to nepřenášet do toho, do té terapie jako takové. Myslím, že v tom případě, každá ta terapie může něco přinést. Není neideálně.*

Psychoterapie je rovněž **prostorem, v němž se věci odehrávají**:

- *Jinak to je ale tak, že vytvářím prostor, kam ten člověk přináší, co má pocit, že tam potřebuje přinést a když se to daří, může se tam cítit bezpečně, přijímaně, a může tam prozkoumávat víc sám sebe. Je to prostor, ve kterém se může lépe stávat sám sebou, když použiju trochu Rogersových slov.*

Psychoterapie je specifickým **způsobem myšlení, který je trpělivý, pozorující, uvažující v souvislostech**:

- *Takže z tohoto pohledu je to jako by trochu nevýhoda, možná dost nevýhoda, taky ta medicína připravuje k takovému jako technickému myšlení trochu a exaktnímu myšlení, jako kategorizujícímu, což v té terapii se vlastně moc nehodí, tam už to musíte trochu převrátit, uvažovat více v souvislostech a možná víc jako nechat ty věci, tak jak jsou, pozorovat je, abyste ty souvislosti mohl vidět, což není*

tak úplně medicínský způsob myšlení. To vlastně je pak potřeba v tom výcviku a té praxi najít trochu jiné způsob.

- ...mluvili o terapii jako takový...vlastně to o čem jsem se zmiňoval na začátku. To, co pro mě bylo trochu nový a bylo dost jiný oproti prostředí, v kterém jsem vyrostl, tak byl takový respekt k odlišnosti, že ten člověk to takhle má, takhle s tím pracuje, to neznamená, že se mně to líbí nebo nelíbí, ale vlastně je to zajímavý a on to potřebuje nějak prozkoumávat, nějak s tím být, a takhle ta práce vypadá. Takže to vlastně bylo překvapivý, nebylo to patologizující, nebylo to nijak stigmatizující, tenhle přístup. Já jsem si říkal „to je vlastně dobrý, je to sympatický“...*

- ...spíš jsem v té terapeutický roli, jde mi to tam někde na pozadí ty introjekty a selfkoncept atd., ale když ten klient mi to zrovna neukazuje, tak to nechám být, nejdu po tom. Jdu po tom, kde potřebuje být ten klient (...). Ale terapii tam nepotřebuju všechno hned prozkoumat, tam když mi to klient neukáže dneska, tak mi to ukáže za týden.*

Psychoterapie je specifickým způsobem bytí, který je plně přítomný a zaujatý, přijímající a respektující, důvěrný, svobodný:

- ...není to jen o tom, že klient povídá a já kývu hlavou (jak se tak o PCA píše, „Hm“ terapie). Ale, že tam jsem v té plné kvalitě přítomnosti. Jsem plně zaujatý tím, co klient říká, reaguju na to, identifikuju všechny ty procesy, který se dějí ve mě. To, co patří mě nechám bokem, to co patří toho procesu dám do procesu, a že jsem upřímný.*

- Jedna paní, která nechtěla do terapie, říkala, já si vezmu jen ty prášky. Ona povídala, já jsem na ní reagoval, a ona se najednou rozplakala, tak jsem se ptal, co se děje. „Já pláču, protože je mě strašně dobře, protože se se mnou takhle ještě nikdy nikdo nebavil“. A to je ten zážitek, který může psychiatr udělat, když pracuje terapeutičtěji. Ta paní si to neuměla představit, takže ten zážitek byl hrozně důležitý, a myslím, že to je úkol psychiatrie.*

- Tím, jak tam s tím klientem jsem, tím, že se ho snažím přijímat a podporovat takovým způsobem, aby to byl schopnej vnímat. Snažím se mu dávat najevo, tak jak vnímám jeho hodnotu jako lidský bytosti a jeho potenciál k rozvoji.*

- Já nemám nějaký obecný doporučení, protože tak jak prostě nedávám doporučení v terapii, tak je moc nedávám ani lidem, svezm podřízenejm, respektive občas, když mám pocit, že je něco někde zajímavýho, tak je na to upozorním, ale je na nich, co s tím udělají. A k tomu si musí najít každéj svojí vlastní cestu.*

- Myslím, že nejkomfortnější je, když to tak nějak proudí. Když je tam naladění a pak už tolik nezáleží na těch slovech. Že když cítím tu důvěru, a to jsou pak ty vzácné okamžiky, vzácné tím, že jsou ne málo časté, ale cenné.*

Psychoterapie je tvorbou – tvůrčí činností klienta a kreativitou terapeuta:

- Druhá věc je, že jakákoli tvůrčí činnost vlastně člověka nakonec může vést k tomu, že se tvůrčím způsobem ujme vlastního života, což bych taky pojmenoval, že je taky možná jeden z cílů psychoterapie obecně.*

- ...možná už nikdy nenajdu ten způsob, který bude takový „takto to budu dělat, to je nejlepší“, nikdo pro mě takový nevymyslí, protože už jsem dost stará na to, abych to někomu sežrala i s navijákem. Už mám celkem dost zkušeností, asi si musím něco vymyslet sama, že už to je tak, že už neexistuje*

univerzální pravda. Tak to je takové nepříjemné, ale možná to tak je...ale bylo by fajn, že pokud existuje něco, s čím se lépe pracuje, pro někoho, kdo začíná, má se o co opřít, dá mu to tu důvěru v sebe. (..) Ale hledám si tak nějak něco svoje.

Psychoterapie je růstem a zráním:

- Tak jednak jsem zjistil, že mě baví pracovat s lidma, být u toho, když nějakým způsobem se otvírají, zrajou, rostou. A že mi to nějakým způsobem jde.*

Psychoterapie je náročnou prací (terapeuta i klienta), která je intenzivní, pravidelná a chtěná:

- První, co mě napadlo, že by to nemělo mít ty klasický nešvary, které často terapie mají. Třeba klient přijde jednou za tři týdny a myslí si, že je to terapie. Terapie má pravidla, která se musí držet, je to často, pravidelně, intenzivně (...). Klient chodí jednou nebo dvakrát týdně, že to není nějaká podpůrka, že to je skutečně práce. Pro něho to bude náročný, pro mě to bude náročný... pro mě je tohle představa té terapie. Často slyším a vidím, že to tak není, klienti chodí jednou za měsíc a skoro řeknou „chudáci, že jsou v terapii“, mají prostě nějakou podporu v tom psychologovi, je to nějaká suportivní terapie, práce, v pořádku. Je určitě celá řada klientů, která to tak potřebuje, ale neměli by žít v té iluzi, že taková terapie je zbaví symptomů a vede k rozvoji osobnosti.*
- Úkolem psychiatra je, aby toho člověka připravil do terapie, protože terapeut už by měl dostat někoho, kdo chce terapeuticky pracovat. Často jako psychiatr pošle „měl byste chodit na terapii“, pacient buď vyhoví, jde, ale teď vlastně neví, co se tam bude dít, a vlastně tak 5-10 sezení, že se na to nějak připravuje. Ne vždycky se to děje, ale takhle by to mělo být.*

Psychoterapie je odbornou činností – vycvičeného psychoterapeuta a klienta jako odborníka na sebe samého:

- Masivní rozlití psychoterapie – kdekdo to dělá bez znalosti psychopatologie, bez zkušenosti s klienty s vážnější psychopatií – bez znalostí je můžu poškodit, nikdy nevím, kdo mi z ulice přijde. Já si pamatuju, že jako cvičného klienta v době výcviku, jsem měla takovýho chlápka a ten byl divnej, a já jsem prostě nevěděla, co mu je, podle mě byl psychotický. Ale tehdy měl dostat tu informaci, že by to bylo ještě na něco, že to prostě teď jen terapie nespraví, že tam je potřeba to ještě zmapovat, podívat se, co to zažívá, jak se mu to děje.*

V závěru této kategorie zpracovává analýza ty výpovědi, v nichž respondenti reflektují některé aspekty psychoterapie, jež vnímají jako sporné. Tyto aspekty se pohybují na hranici disciplíny, popř. respondenti tyto aspekty vůbec neslučují se svým pojetím psychoterapie. Je důležité upozornit, že ačkoli respondenti v rozhovoru daný aspekt vylučují, jsou si vědomi, že tato exkluze nemusí platit vždy a za všech okolností. Takovým příkladem může být **otázka opravdovosti, autenticity (vs. kongruence) v psychoterapii:**

- Když mě bolí zuby, tak mě to odtahuje, nepatří to klientovi, musím to ošetřit nějak jinak. Ale jestli to, co si tady povídáme sem nějak patří, a já vám to musím zkomunikovat. A v tom to je ta kongruence. A ten rozdíl je v tom...kongruence tam patří a má smysl pokud je pro dobro toho klienta, to že mě bolí zuby, je mu jedno...ale určitě by to bylo autentické to říct. Někdy se mě zdá, že není těžký zaplavit ten*

prostor sebou, tou svojí autenticitou, ale může to být trochu balast pro klienta. Na druhou stranu i zuby můžou někdy interferovat s tím procesem, že je dobrý to říct, ale není to tak jednoznačné.

Ačkoli je porozumění, odkrývání bezpochyby jedním ze základních terapeutických nástrojů, má však i tento aspekt své hranice. Hranice se nachází např. v **míře terapeutovi potřeby prozkoumávat, tj. ve zvědavosti:**

- To v terapii většinou nedělám, v terapii se neptám, když jsem zvědavá. Anebo když tomu nerozumím, tak se zeptám, ale není tak že „a tohle bych ještě potřebovala vědět, to je zajímavé“, to nedělám.*
- Když to je pro moji potřebu.; Když je ta moje zvědavost to, co už jako by nepatří do toho vztahu a já bych se to jen chtěla dozvědět, nesouvisí to s tím, co se mu děje, tak je to víc moje potřeba než jeho. Ale je to něco, co není pomáhající. Nemusím povídat úplně všechno, co mám na jazyku, jako nemusím být bezhraniční, a to je strašně důležité vědět.).*

Na další mez psychoterapie můžeme narazit, když budeme zkoumat aspekt **intimity:**

- On se svými klienty...jak to nazval...je s nimi „blízko, ale není s nimi intimně“. A to strašně pěkný rozdíl, je s nimi v blízkém vztahu a sdílí nějaké věci, které jsou blízké, jak se má, jak se cítí, ale neříká jim o tom, co doma zase se ženou a co měl k snídani. To jsou intimní věci, a to je to rozdělení.;*
- Třeba na hranici jsme narazili, když se začala ptát po tom, co si o něčem myslí moje žena. A to je něco, i co záleží na nějakých mejch pocitech, že já můžu být otevřený sám za sebe, ale nemám žádný mandát být otevřený za další lidi.*

Respondenti jsou si také vědomi, že se svojí prací (např. klasifikací a přidělováním diagnóz) se částečně podílejí na **patologizaci a stigmatizaci klientů**. Nicméně, se shodují v tom, že tyto postoje a způsoby uvažování nejsou psychoterapeutické:

- ...taky ta medicína připravuje k takovému jako technickému myšlení trochu a exaktnímu myšlení, jako kategorizujícímu, což v tý terapii se vlastně moc nehodí, tam už to musíte trochu převrátit, uvažovat více v souvislostech a možná víc jako nechat ty věci, tak jak jsou, pozorovat je, abyste ty souvislosti mohl vidět, což není tak úplně medicínský způsob myšlení. To vlastně je pak potřeba v tom výcviku a tý praxi najít trochu jinej způsob.*
- ...mluvili o terapii jako takový...vlastně to o čem jsem se zmiňoval na začátku. To, co pro mě bylo trochu nový a bylo dost jiný oproti prostředí, v kterém jsem vyrostl, tak byl takový respekt k odlišnosti, že ten člověk to takhle má, takhle s tím pracuje, to neznamená, že se mně to líbí nebo nelíbí, ale vlastně je to zajímavý a on to potřebuje nějak prozkoumávat, nějak s tím být, a takhle ta práce vypadá. Takže to vlastně bylo překvapivý, nebylo to patologizující, nebylo to nijak stigmatizující, tenhleten přístup. Já jsem si říkal „to je vlastně dobrý, je to sympatický“...*

Poslední spornou oblastí, kterou rozebereme v této kategorii, je **„hloubka“ psychoterapie**. Hloubkou je zde myšleno jednak obecně **schopnost a ochota vůbec se zabývat sebou samým**, jednak konkrétněji **schopnost introspekce a exploração**. Je pak otázkou, zda má být hloubka introspekce klienta nebo společná exploração tím, co definuje psychoterapii a její smysl, cíl? Následující citace nabízejí dva odlišné pohledy:

- *Psychoterapie může mít různé úrovně. Může být velmi vysoká, kdy ten člověk je schopný vnitřní práce, že nahlíží sebe, jak tam má ty škatulky, podívá se, popřesouvá a odchází lépe zorganizovaný. A potom jsou lidé, kteří na toto nikdy nedosáhnou nebo nemají zájem, nemají kapacitu, schopnosti, a tam očekávat toto je nesmysl. Tam ta psychoterapie je o tom velmi bazálně podporovat, a to nemyslím jen preterapeuticky, prostě jak se mají. Tam je to prostě o tom být s tím člověkem, jak se má, jak to zvládá s tou dcerou ve škole, jak to je v té práci. Někdy je to velmi těžké toto akceptovat... toto je jediné, co s ním můžu dělat. To je strašně těžké... A je to to nejlepší, myslím, že to je pro něj důležitý, že má kam přijít. Chodí si sem pro nějaký kontakt, chodí si, protože je paní doktorka vidí, že jsou v pořádku, je to pro ně jistota. A je to OK. Je důležité mít ty klienty nakombinované, nemít jen takovéto lidi. Samozřejmě každý máme ambice, jak prozkoumávat ten vnitřní prostor, jak s nimi půjdeme tou cestou. Ale tady je ta cesta velmi jednoduchá, tam chodíme jen po dvorečku.*
- *Terapie má pravidla, která se musí držet, je to často, pravidelně, intenzivně, není to jen o tom, že klient povídá a já kývu hlavou (jak se tak o PCA píše, „Hm“ terapie). Ale, že tam jsem v té plné kvalitě přítomnosti. Jsem plně zaujatý tím, co klient říká, reaguji na to, identifikuju všechny ty procesy, který se dějí ve mě. To, co patří mě nechám bokem, to co patří toho procesu dám do procesu, a že jsem upřímný. Klient chodí jednou nebo dvakrát týdně, že to není nějaká podpůrka, že to je skutečně práce. Pro něho to bude náročný, pro mě to bude náročný... pro mě je tohle představa té terapie. Často slyším a vidím, že to tak není, klienti chodí jednou za měsíc a skoro řeknou „chudáci, že jsou v terapii“, mají prostě nějakou podporu v tom psychologovi, je to nějaká suportivní terapie/práce, v pořádku. Je určitě celá řada klientů, která to tak potřebuje, ale neměli by žít v té iluzi, že taková terapie je zbaví symptomů a vede k rozvoji osobnosti.*

Jak si můžeme všimnout v první výpovědi, terapeut může klientovi poskytovat pouze podporu bez hlubšího zkoumání procesu („chození po dvorečku“). Pro danou respondentku je i toto stále psychoterapie, jejímž cílem je pouze kontakt. Zde jako by hranice pojmu psychoterapie byly poměrně široké. Naproti tomu z druhé výpovědi je možné usuzovat, že právě náročnější explorační s cílem rozvoje osobnosti je pro respondenta podstatným aspektem, který definuje, co je to psychoterapie, a kde jsou její meze. Intervenci, jež omezuje své cíle pouze na podporu, děje se s nízkou frekvencí a intenzitou setkávání, už nelze považovat za psychoterapii.

9) Vztah k psychopatologii

V této kategorii respondenti popisují svůj vztah k problematice duševního onemocnění. Výpovědi o psychopatologii se objevovaly v těchto kontextech: význam PCA, PCA a medicínský model, projev PCA v klinické praxi, uvažování o psychopatologii, PCA a psychopatologie, limity a výzvy PCA, silné stránky PCA. Vztah k psychopatologii je sycen čtyřmi faktory: **(1) pohled na nemoc jako koncept, (2) pohled na člověka s duševní poruchou, (3) kompetence potřebné k práci s psychopatologií, (4) uplatnění principů PCA.**

Podívejme se nejprve, jak respondenti pohlíží na nemoc, tj. co pro ně znamená psychopatologie, jak si jí vysvětlují, jak o ni mluví. Jedním z pohledů na psychopatologii je ten, že jde o **křehkost**. Tato křehkost je však relativní, jelikož každý má v sobě křehká místa, „patologie“ je tedy v jistém smyslu naší esenciální součástí. Každý z nás k ní máme určité **dispozice** v osobnosti či na základě prožitých zkušeností. Tyto dispozice se mohou souhrnou okolností projevit (*Každý z nás má nějaká křehká místa, nenormální místa. Klientovi říkám, že každý máme nějaké praskliny v sobě, každý z nás to má, jednu, dvě, tři, a můžem o nich vědět. A někdy když je to velká prasklina, tak pod tlakem se prostě rozprsknem. A to je ta patologie, ale je to vlastně naše součást*). Ačkoli respondentka hovoří o univerzalitě osobnostní křehkosti, nerelativizuje duševního onemocnění ve smyslu „všechno je normální“. Je schopna v sobě stále vnímat hranice běžné normality (*Když někdo spáchá sebevraždu, může být to srozumitelné, akceptovatelné nějak, ale současně to může skutečně být něco, co by ten člověk neudělal, kdyby nebyl nemocný*). S tím, že nemoc je často zakotvená v osobnostním nastavení, souvisí další pohled – duševní nemoci jsou většinou **trvalé a celoživotní záležitosti**, proto hlavním smyslem terapie by mělo být naučit se s nimi žít (*Přijetí takového, jaký jsem, akceptace, protože prostě většina psychických poruch nezmizí, ani když projdeme nějakou intenzivní terapií, tak proto je to o akceptaci*). Další pohled na koncept duševní nemoci se týká chápání její dynamiky. V tomto je pro respondenta-psychiatra důležitý PCA. Duševní nemoc není podmíněna jen biologicky, ale v jejím vzniku a manifestaci hraje roli i sociální okolí, které ovlivňuje klientovo sebepojetí (self-koncept). Symptomy jsou pak výrazem **souladu či nesouladu tohoto sebepojetí (kongruence/inkongruence) s požadavky okolí**. (*Já nemůžu sice si klást za cíl, že schizofrenie se vyléčí. Já si třeba myslím, že klient díky dobré terapii může být skutečně apsychoický, jako že ty symptomy, které on manifestuje, jsou odrazem té pohody nebo nepohody, té kongruence nebo inkongruence*). Tento pohled pomáhá v uvažování o léčbě nemoci, o poměru medikace a ne-farmakologické léčby (*Někdy si říkáme s pacientem, „Teď bychom mohli přidávat ty prášky donekonečna, ale vy mi říkáte, že žijete v pekle, má to smysl teď teda přidávat léky, nebo zkusíme něco, nějakou změnu?“*, pacient někdy řekne „No já vlastně vím, že takle se žít nedá, já s tím musím něco udělat“. Někdy udělej, někdy neudělej. Nebo někdy řeknou „já teď z toho potřebuju na chvíli utýct a možná bych ty prášky ani nepotřeboval“, „Tak chcete do lázní na měsíc?“. Nepřidáme ani půl tabletky, a on se vrátí a říká: „Já jsem to fakt potřeboval, protože já jsem byl furt pod tím tlakem a teď když nejsem, těch hlasů je méně“. Takže když bych o tom nepřemýšlel takhle, že bych spoustu věcí neviděl.)

Předjeme nyní k tomu, jak respondenti vnímají samotného člověka s duševní poruchou. Typické, a v různých obměnách sdílené, je velké vnitřní **odhodlání a optimismus**, s jakým respondenti ve své práci přistupují k člověku s duševním onemocněním (*Spoustakrát jsem narazila na mnohem větší skepsi a já jsem snažila, jak to šlo, tak říct „nejde to tudy, tak znovu, někde to tam je.. Neoznačkovat ,toto je psychotik, s tím se nehne‘, paní s bipolárnou,*

dlouhá deprese, nešlo to léky, ale prostě pohnula se. Jsou to mravenčí krůčky, jeden dopředu, jeden zpátky, jeden a půl dopředu. Tak si můžu říct „nemá to smysl, nechám to být“, ale ne). Zdrojem tohoto odhodlání je různě vyjadřovaná **víra v aktualizační tendenci**, jinými slovy, **spolehnutí se na síly a zdroje klienta** („Jo s lidma se to prostě nevzdává.“). V jejich přístupu je také vždy patrné **přijetí a legitimizace projevů nemoci pro daného klienta** (Já chápu, ta psychiatrická práce je jiná, ale být na oddělení a být otrávená, že mi psychotik psychotí? Jako vždyť proto tam je. Nebo že mi nespolupracuje, že nechce léky...má to (pacient) v "popisu práce" v rámci svých potíží.). Dalším aspektem přístupu je **partnerství a spolupráce**. Respondenti vždy nějakým způsobem zvou klienta/pacienta, aby s nimi sdílel **zodpovědnost za proces vlastní léčby**. Snaží se o **vzájemné porozumění** – vysvětlují své závěry, žádají klienty o zpětnou vazbu na vedení psychoterapie. Víra v aktualizační tendenci a sdílení zodpovědnosti za léčbu také terapeutovi (i klientovi) umožňuje **přijímat selhání jako součást procesu** (Že když přijdou a řeknou, že nějak selhali tak, že ví, že to není konec světa, že neřeknu „tak už nechod'te“, ale „tak něco vymyslíme, uvidíme, zkusíme to znova“. To si myslím, že je pro obě strany nějak příjemný.). Na obecnější úrovni ve vnímání klienta jako nositele duševního onemocnění můžeme opět zaznamenat lehkou ambivalenci. Respondenti na jedné straně vedou klienta k přijetí duševního onemocnění (učení se s ním žít), na druhé straně toto přijetí však znamená určitou **externalizaci nemoci od osobnosti klienta**. Klient je vnímán jako někdo, kdo *má* nemoc, nikoli jako někdo, kdo *je* nemoc (...ale já nejsem jen ta schizofrenie, já jsem ještě otec, pracovník, kamarád. Je to jen jedno z...). Dále respondenti zmiňují některé charakteristiky lidí s různými duševními poruchami. Lidé s psychosomatickými a psychotickými poruchami často **nemají snadný přístup k prožívání** (Na druhou stranu to třeba je specifikum té práce a v tom je trochu podobná ta práce s lidma s psychotickou zkušeností a lidma s psychosomatickýma problémama, že obě tyto skupiny nemají moc přístup ke svému prožívání.). S „hraničními“ klienty může být **těžké vstoupit do (terapeutického) vztahu** (Určitě mám nějakou představu klientů, kterým volně říkám „hraniční“, některý z nich nemaj diagnózu hraniční PO, ale mají nějaký rysy tomu podobný, u nich vím, že se nějaký věci v té terapii mohou odehrávat, že ten terapeutický vztah může být hodně náročnej.). Bez ohledu na diagnózu má však každý své **potřeby** (Nejdřív jako člověk a pak až nějaká diagnóza. Kdokoliv s jakoukoliv diagnózou má nějaké lidské potřeby a projevy. Tohle jako základ.).

Třetím faktorem, který se promítá do vztahu k psychopatologii, je pocit kompetentnosti. Zda se respondenti cítí být kompetentní pro práci s lidmi s duševní poruchou a co jim tento pocit pomáhá budovat. Pocit kompetence v práci s takto náročnou klientelou dodává respondentům **znalost psychiatrické klasifikace** (Myslím, že nějaká znalost by tam být určitě měla. Nemusím se tím zabývat, ale měli bychom vědět, protože tam takový člověk může přijít a když nevím, co se děje, těžko odhadnu vlastní kompetence, jestli s tím umím nebo ne.). Pro vedení

efektivní terapie hodnotí respondent-psychiatr jako užitečnou **znalost dynamiky onemocnění**, a to jak po neurobiologické stránce (*...že když třeba pracuju s lidmi s psychickým onemocněním, nejedná se o nějaké rozvojové poradenství, koučink, nebo práci na nějakých jako růstových tématech, tak ale pracujeme jako s patologiemi, tam se cítím asi zas naopak proti některým kolegům kompetentní, protože mám určitou představu o tom, jak to funguje, i o určitý neurobiologii některých těch onemocnění...*) tak i po stránce psychosociálních vlivů (viz chápání konceptu nemoci jako inkongruence self). Jak již bylo naznačeno výše, k důležitým patří schopnost **integrace ambivalencí souvisejících s normalitou-abnormalitou**. Kliničtí psychologové a psychiatři musejí být stále schopni udržovat sebe i klienta v pohybu mezi těmito dvěma póly (*Psychopatologie jako že současně neexistuje, ale i existuje. Je velmi důležité říct ,toto už není normální‘, ale z toho hlediska, že jako normy statistické, je to bludné, toto skutečně většina lidí to nevidí, nevnímá a je potřeba to klientovi říct takto. Když je klient zmatený je potřeba jasně podržet hranici, ale současně neříkat „toto není normální, takže to musíme vyhodit, prostě to zničit“*).

Na závěr shrňme aspekty čtvrtého faktoru – které principy PCA se dle výpovědí respondentů uplatňují v práci s psychopatologií. **Kontakt a vztah** jsou klíčové principy k tomu, aby klienti porozuměli sobě samým. Ve vztahu je pak důležitá **opravdovost** (*Myslím, že velmi citlivě na to reagují lidé, kteří jsou hraniční, to je to, co oni fakt vychytávají a když začnou se cítit něco nekomfortně, a třeba ani nemusím rozumět tomu proč to tak je, tak oni vlastně vychytávají dokonce i jen ten pocit a vlastně pro ně to znamená nějaké nebezpečí, takže po tom jdou. Falešnost.*). Víra v **aktualizační tendence** podporuje respondenty ve vytrvání v optimistickém přístupu, a umožňuje terapeutovi být s klientem i v těch nejtěžších chvílích (*Nemůže s tím nic dělat, ale je schopný to reflektovat, být vystaven těm hrozným věcem, dívat se na ně, protože ta aktualizační tendence mu pomůže tu zkušenost integrovat.*“; „Někdy když mám pacienty, a teď nemyslím ty v té terapii, tam je to celkem vždycky dobrý s tím pracovat, ale v té psychiatrii to tak někdy vypadá, jako by to bylo beznadějný, jako by se z toho pacienta už nikdy nemohla stát fungující bytost, ale tenhle pohled mi vlastně dovoluje to nevzdat. A znova a znova se s nima ponořovat do některých těch trablů a vlastně vždycky když to udělám, i když cítím nějakou beznaděj nebo nechut, nebo takový jako by vyhoření s tím konkrétním pacientem, a řeknu „aha zkusíme to znova“, tak když prostě nějaký malej pokrok, kterej se tam vždycky nějaký objeví, kterej mě přesvědčí „jo s lidma se to prostě nevzdává“).

10) Zkušenost s medicínským modelem ve zdravotnictví

V této kategorii jsou uspořádány zkušenosti respondentů s různými aspekty **systému zdravotnictví**. Ve snaze porozumět syntéze PCA a klinické praxe, jde o jednu ze stěžejních kategorií, jelikož tematizuje vztah respondentů k biomedicínskému modelu (filosofickému pozadí západního zdravotnictví), který je do určité míry kontradikcí přístupu zaměřeného na člověka.

O medicínském modelu jako filosofickém pozadí respondenti hovořili jednak přímo (vliv medicínského modelu na fungování v praxi, konfrontace s medicínským modelem, spojení PCA a medicínského modelu), jednak nepřímo ve výrocích o jiných kontextech (uvažování o psychopatologii, diagnostická činnost a její smysl, výkon standardní psychometrické diagnostiky, jazyk profese, zaměření praxe, zdravotnická legislativa).

Podívejme se nejprve, co vlastně pro respondenty znamená pojem „medicínský model“. Ze souhrnu všech vybraných výpovědí vyplynulo několik charakteristik, jimiž respondenti popisují medicínský model. Respondenti vnímají, že pro medicínský model je podstatná **diagnostika, klasifikace a hodnocení**, jehož výsledkem je zařazení pacienta do příslušné kategorie psychiatrického onemocnění:

- *...ta psychologická diagnostika...můžeme jí dělat psychiatrickou formou, že hledám diagnózu, anebo já ji ráda dělám v kombinaci s tou fakt psychologickou, kdy kromě toho, že hledám správnou škatulku, abych to vykazala pojišťovně, což je moje jediná motivace (k dání označení z klasifikace nemocí);*
- *...já bych kvůli tomu nikdy nešla do nemocnice, do psychologické ambulance kvůli tomu, protože tam je ta diagnostika.*

Tento rámec je pro jejich praxi však příliš **redukcionistický**:

- *Nicméně, pro mě to, co dokáže takovejhle pohled jako zachytit z člověka, je nedostatečný. Potřebuju člověka vnímat v nějakých širších souvislostech, širší platformě, a pak s ním terapeuticky pracovat.*

Charakteristický je pak vztah mezi poskytovatelem a příjemcem zdravotnické péče, který respondenti vnímají jako **hierarchický**:

- *Tam to byl jasný střet. Tam to byla hierarchizace, nemocniční...já bych kvůli tomu nikdy nešla do nemocnice, do psychologické ambulance kvůli tomu, protože tam je ta diagnostika. Ale to nemocniční je o té hierarchii, tam člověk je jako v armádě, je tam jen malý prostor uhnout. Může uhnout, ale je velmi jasný ten jeho píseček.*

Lékař, terapeut má plnou **zodpovědnost za pacienta**. V rámci **ochrany a kontroly** však může mnohem snadněji docházet k **opomíjení a omezování potřeb pacienta**:

- *...psychiatra jí má taky v péči, a teď od ní jdou takový ty poznámky, a ty rodiče jsou tím samozřejmě vzaty, protože ti jsou samozřejmě taky v tom rodičovským, kontrolujícím, označujícím její chování;*
- *Samozřejmě ale ten medicínský model je opatrný, bezpečný, a tím pádem až hyperprotektivní směrem k pacientům. Když něco pacient udělá, je potřeba udělat nějaký opatření. Když se pacientka pořezala, tak musí následovat nějaká opatření. A někdy ta opatření přišla dřív, než s ní někdo mluvil, proč se pořezala. Zažil jsem takový situace, že pacientce zemřel tatínek, když byla na hospitalizaci a mně přišlo úplně samozřejmé, že mu půjde na pohřeb, ale ona byla na uzavřeném oddělení, „tak přece nemůže jít na pohřeb“. Co bylo překvapivé, že některým lidem se to nedalo vysvětlit. Mně přišlo přirozený, že by pacientka šla tatínkovi na pohřeb, a tam jsem narazil na tu rigiditu medicínského systému – ona je nebezpečná sobě, je sebevražedná, přece tam nemůže jít. Takový ty základní lidský potřeby – potřeba rozloučit se – nebyly tak důležité jako to, že je na uzavřeném oddělení.*

Poslední charakteristika medicínského modelu, jež vyplynula z výpovědí, úzce souvisí s aspektem diagnostiky a má pro praxi existenční význam. Hodnotící procedury musejí být dokládány pojišťovnám, aby respondenti za svou práci dostali vůbec zapláceno. Tudiž zásadní charakteristikou medicínského modelu, která ovlivňuje praxi respondentů asi nejpravidelněji, je **administrativa – vedení dokumentace, psaní zpráv** z vyšetření a psychoterapeutických setkání:

- *...hledám správnou škatulku, abych to vykázala pojišťovně, což je moje jediná motivace (k dání označení z klasifikace nemoci)...*;
- *Nějaká pravidla jsou fajn. Je to nějaká daň za to...klienti vědí, že budou mít nějaký záznam, že budou mít diagnózu...a je to daň za to, že to za ně zaplatí pojišťovna. Přijde mi to tak ale čisté. Oni to vědí, že budou mít diagnózu, nebo s ní přicházejí.*;
- *Člověk to, co dělá, do toho rámce nějak vtěsnat musí, ale on je naštěstí jako hodně daleko, tak není úplně omezující. Určitě jako pak jsou na něm založené výzkumy v psychoterapii, do nějaký míry můžou mít ty výzkumy dopady na to, co třeba pojišťovna bude proplácet a co třeba nebude proplácet, což naštěstí u nás není úplně otázka.*;
- *Tak pokud se to děje v tom klinickém rámci, tak z čehokoli, co děláte, v žargonu zdravotnictví, „s tím pacientem“ musí být zápis v dokumentaci. Takže mj. z každého sezení musí být zápis, naštěstí nemusí být moc dlouhý.*;
- *Mně je sice jedno, jestli ten pacient má schizofrenii nebo poruchu s bludy nebo má depresi s psychotickými příznaky, jaký číslo já pak napíšu pro tu pojišťovnu je trochu jedno.*

Některé z uvedených výpovědí již naznačují různé způsoby, jakými respondenti s medicínským modelem nakládají. Jinými slovy, respondenti ve svých výpovědích v různých obměnách vyjadřují, co dělají, když se dostanou do kontaktu s různými typickými aspekty zdravotnické praxe (např. s nutností diagnostikovat, psát zprávy, práce s rolí lékaře).

Vztahování se k medicínskému modelu začíná v momentě, kdy respondenti jeho **charakteristiky buď přijímají nebo se vůči nim vymezují**. Samotný fakt, že všichni respondenti stále působí na poli zdravotnictví, dokládá, že některé charakteristiky medicínského modelu musejí akceptovat tak, jak jsou zdravotnictvím vyžadovány. Pozice vymezení pak generuje nové přístupy a způsoby, které rogeriánským psychoterapeutům pomáhají fungovat v klinické praxi.

Dle výpovědí respondenti **akceptují základní mechanismy**, na nichž medicínský model v českém zdravotnictví stojí. Tato akceptace představuje zejména dodržování **administrativních pravidel. Diagnostickou činnost, vyšetření** (i takové, jež vyžaduje užití standardizovaných nástrojů) vnímají v různé míře jako **nezbytnou součást** své práce:

- *Mně to nějak nevadí, vím, že se nad tím pozastavují lidi. Zdá se vám to neslučitelné? Mně to přijde úplně přirozený. Vnímám to jako součást práce. (...) Je to úplně normální tady pracovat takhle a přemýšlet i v těch diagnostických kategoriích...;*
- *Měla to být součástí standardní klinické práce – udělat vyšetření a zjistit, jestli to tak je, protože to byla diagnóza stará 6 let.*

Jak již bylo zmíněno, respondenti **akceptují charakteristiku kategorizace a hodnocení obvykle do té míry, jež vyžaduje zdravotnická administrativa.** Při úvodním vyšetření klasifikují pacienty/klienty psychiatrickou diagnózou a vedou záznamy o dalších (psychoterapeutických, psychiatrických) setkáních, aby tyto poté mohli vykázat pojišťovně, která léčbu proplácí:

- *Převážně mě platí pojišťovny, takže to je ten největší kontakt.;*
- *Nějaká pravidla jsou fajn. Je to nějaká daň za to...klienti vědí, že budou mít nějaký záznam, že budou mít diagnózu...a je to daň za to, že to za ně zaplatí pojišťovna. Přijde mi to tak ale čisté. Oni to vědí, že budou mít diagnózu, nebo s ní přicházejí.;*
- *Upřímně řečeno, já moc ve smyslu diagnostiky, tomu moc neholduju, přesto že jsem v té klinický oblasti a lidi buď přicházejí anebo jim nějakou diagnózu dát musím, aby tu léčbu pojišťovna platila, tak je to pro mě nějaká škatulka, která je napsaná v počítači a ten počítač ji generuje pojišťovně, a dál mě většinou ta diagnóza nezajímá.*

S vedením zdravotnické dokumentace souvisí pak to, že respondenti v nějaké míře **akceptují i kategorizující a hodnotící jazyk medicíny, psychiatrie,** aby se domluvili s dalšími odborníky (zdravotníky) pečující o klienta/pacienta:

- *Jasně že funguju v jazyce medicíny, protože píšu lékařskou zprávu. (...) já píšu lékařskou zprávu, v tom smyslu, že jsem zdravotnický pracovník tak lékařskou, a tím pádem abych se domluvila s ostatními zdravotníky, tak musím používat termíny, kterými se domluvíme. Podle mě není nic horšího než užívat speciální termíny, kterým ne každý rozumí. Třeba jedna kolegyně psychoanalytička píše do závěru klinicko-psychologické zprávy určené pro psychiatra o období nezavršené separace-individuace, čert ví, co tím všechno myslí. Já jako tuším, co to je, ale ona evidentně za tím má spoustu dalších znalostí...já je nemám, proboha, já je nemám a odmítám zkoumat, co tím myslela. Takže použiju termíny obecný, který jsou psychologický a jsou ateoretický – napříč psychologii, psychiatrií.;*
- *Tak pokud se to děje v tom klinickém rámci, tak z čehokoli, co děláte, v žargonu zdravotnictví, „s tím pacientem“ musí být zápis v dokumentaci. Takže mj. z každého sezení musí být zápis, naštěstí nemusí být moc dlouhý.;* *Upřímně já ty zápisy moc nedělám pro sebe. Tam, kde třeba mám terapie, který si lidi platějí sami, si zápisy nedělám. Takže spíš je to pro mě nějaký spíš jako naplnění stránky.*

Situace, které vyžadují **vymezení se vůči medicínskému modelu, pocítují respondenti jako konfrontaci osobních principů či PCA principů s charakteristikami biomedicínského modelu.** Tato konfrontace se často řeší sama od sebe tím, že respondenti z povahy svého pracovního prostředí reálně nejsou v přímém či častém kontaktu s danými aspekty medicínskému modelu (např. respondenti-kliničtí psychologové pracující

v psychoterapeutickém stacionáři obvykle nemusejí provádět úvodní diagnostiku a přidělovat psychiatrickou diagnózu):

- *...ale já se s nima (těmi, co takto pochybuji) moc nebavím. Ted' už ne....už s nima nejsem v přímém denním konfrontování, s tím jiným pohledem.*
- *Tak já osobně jsem měl to štěstí, že nikde jsem se s tím nemusel úplně potýkat. Nepracoval jsem na pracovištích, kde by byl jako až takový důraz na biomedicínský model. Takže v zásadě jsem měl vždycky prostor pro to, abych mohl fungovat tak, jak já chci, jak mi to dává smysl. Ten klasické biomedicínské model, ve kterém v poslední době běží hodně výzkumu terapie, mě přijde pro mě omezený. Kdybych se měl pohybovat čistě v něm, tak bych to vnímal jako omezující pro svou terapeutickou práci.*

Jindy musejí respondenti konfrontaci vyřešit sami v sobě. **Vymezení vůči medicínskému modelu se děje jak na úrovni teoretické** (reflexe filosofického pozadí), tak na **úrovni praktické** (změna přístupu k člověku, k léčbě). V teoretické rovině si jsou respondenti **vědomi limitů**, které mít může filosofie medicínskému modelu založená na přísně vědeckých metodách:

- *Nevěřím moc v evidence based treatment. Četla jsem článek – oni porovnávali DSM–IV do jaké míry dva lidé se stejnou diagnózou mají stejné symptomy, že je tam 50% pravděpodobnost, že dva lidé s tou stejnou diagnózou nemusí mít ani jeden společný symptom. A tím pádem terapie zaměřené na diagnózu, doporučené, tak je to blbost. Dva lidé, kteří nemají nic společné mají tu stejnou treatment, to je blbost.*

V rovině praktického vymezení respondenti reflektují charakteristiky biomedicínskému modelu z hlediska jejich užitečnosti pro psychoterapeutický proces a pro klienta samotného. Jak již bylo popsáno výše, **klasifikaci a hodnocení a s nimi spojený medicínský jazyk užívají v hranicích** domluvení se s odborníky, a aby naplnili podmínky léčby hrazené pojišťovnou. Diagnostika a klasifikace jsou však v první řadě **prostředkem k porozumění** klientovi, jeho potížím, a tím i psychoterapeutickému vztahu. Jako takové je pak respondenti s klienty sdílejí.

- *Zkoumat, co se to teda děje, ta psychologická diagnostika...můžeme jí dělat psychiatrickou formou, že hledám diagnózu, anebo já ji ráda dělám v kombinaci s tou fakt psychologickou, kdy kromě toho, že hledám správnou škatulku, abych to vykazala pojišťovně, což je moje jediná motivace (k dání označení z klasifikace nemoci), tak chci rozumět. A chci, aby rozuměl ten člověk, že se snažím pak po každém vyšetření, aby ten člověk dostal informaci, aby rozuměl, co se to v něm možná děje, pomoci mu to nahlídnout.*

Typickou charakteristikou medicínskému modelu je důraz na farmakologickou léčbu (medikaci). Z výpovědí vyplývá, že k praxi zejména respondentů-psychiatrů patří i **uvažování o účelu a množství medikace**, a to jednak ve vztahu k psychoterapii (Jak půjde dohromady medikace a psychoterapie?), jednak ve vztahu k člověku samotnému (Chce

vůbec klient brát léky?). Analýza ukazuje na tyto závěry: medikace by měla být **prostředkem k zpřístupnění psychoterapie** a dle respondenta-psychiatra by se lékař měl starat o **rovnováhu mezi farmakologickou a psychoterapeutickou léčbou**:

- *Myslím, že medikuju méně než někteří moji kolegové, snažím se mít spoustu pacientů v terapii, aby byli u nějakého terapeuta, chodili pravidelně. Vím, že zase, když je terapeuticky naladím, že čím jsou více medikovanější, tím je ten proces pomalejší, takže chci, aby nebyli tlumení, aby ta emotivita zůstávala dostatečně živá, aby měli dost materiálu pro tu terapii, takže se snažím nepřemedikovávat.*

Z toho vyplývá, že i samotné psychiatrické konzultace, které jsou ze své podstaty rychlé a direktivní (lékař s expertní převahou *předepisuje* pacientovi léky a *seznamuje ho s* rozhodnutím o další léčbě), respondenti-psychiatri vedou odlišně. Jsou **méně direktivní a podporují aktivnější participaci pacienta, s cílem připravit jej na psychoterapii**:

- *...Byť v Čechách je psychiatrie dost antipsychoterapeutická, je celá řada psychiatrů, kteří si představují, že dělají nějakou biologickou psychiatrii, ale podle mě žijí v iluzi, protože to nelze oddělit. Úkolem psychiatra je, aby toho člověka připravil do terapie, protože terapeut už by měl dostat někoho, kdo chce terapeuticky pracovat...*
- *Pak jsou pacienti, kteří třeba nechodí do terapie, protože z nějakého důvodu nechtějí, nebo neseženou terapeuta, nebo mají špatnou zkušenost, tak tam se snažím ta psychiatrická setkání, který jsou rychlé, krátké, zaměřené na konkrétní věci (aby se zmapovali příznaky, tolerance léčby, nežádoucí účinky, jestli upravit nebo neupravit, napsat nový recept), ale když v tom vidím smysl, tak si je tam trochu pozdržím, a ještě s nima něco proberu a snažím se vytvořit lepší obraz k té terapii. Udělám jim takovej jako by rychlej zážitek, aby věděli, že i takhle se o tom dá přemýšlet.*
- *...I při nějaký psychiatrický kontrole, tak je součástí nějaký rozhovor, jako kdyby psychoterapie, i když se pak v závěru bavíme, kolik krabiček mám předepsat, tak stejně tomu předchází nějaká interakce. Takže ono to jde i v rámci psychiatrické kontroly, ale tam musím vložit ty technický věci jako termín, recepty, odběry a tak.*

V těchto výpovědích si již můžeme všimnout, že vymezení se vůči medicínskému modelu již probíhá oním „rogeriánským“ **obratem k člověku samému**. Všichni respondenti vstupují do své praxe se shodným záměrem **spolupráce a zahrnutí klienta i pacienta do procesu rozhodování o léčbě**. Tím se vymezují vůči hierarchickému a kontrolujícímu vztahu lékař-pacient v tradičním biomedicínském modelu. Tyto změny se pak odrážejí ve všech klinických činnostech. Jak již bylo zmíněno v kategorii Diagnostika a její smysl, klient se stává **aktivním tvůrcem diagnostického procesu a psychiatrická klasifikace slouží jemu i terapeutovi hlavně k porozumění**. Obrat k člověku u respondentů-psychiatrů je také patrný v **zacházení s medikací a plánováním léčby**:

- *...za mnou si zvyklo chodit spousta lidí, kteří se chtějí vyhnout práškům, protože ví, že je úplně nenutím, tak často přijde...já teď nechci vytvořit žádný stereotyp, ale spíš jenom tak ilustrativně řeknu...přijde maminka od malých dětí, že přestává kojit, nebo že ještě kojí, že má strašný panický*

ataky, ale že se chce vyhnout práškům a já jí řeknu „ted' když máte paniku každé den, že voláte ob den záchranku, tak už to na ty prášky je, ale slyším, že nechcete, tak jsou i jiné cesty, jestli to ted' chcete zkusit, tak si dejme nějaký čas, po který to budeme zkoušet...měsíc, dva měsíce a když se ukáže, že ty jiné cesty nefungují, tak pak přejdeme k těm práškům“. Takže v tomto se to odráží v tom jazyku. Formuluju to spíš jako možnosti, nabídky, zajímá mě, jak na ně reagují, komentuju ty reakce těch lidí, není to tak, že bych rozhodoval, jak to bude, myslím, že i tohle do té psychiatrie nějak patří.

Můžeme si všimnout, že záměr zahrnout klienta/pacienta do léčby je ve všech zmíněných situacích nesen zejména **změnou komunikace a interakce**. Vůči expertní uzavřenosti (lékař hovoří o pacientovi jen s jinými lékaři), direktivitě (lékař rozhoduje o léčbě) a paternalismu (lékař má plnou zodpovědnost za pacienta) medicínského modelu se respondenti vymezují tím, že vedou s pacienty/klienty **otevřený dialog**, v němž jim nabízí své expertní pohledy jako jedny z možných:

- Více otevřeného dialogu. Ne že si sedne tým někde na nějakém inspekčním pokoji a bavíme se o pacientech. Ale vezmem toho pacienta k tomu a bavíme se o tom, co taky on chce, co potřebuje. Ale i to, že se nebudeme bavit o těch pacientech jako o objektech... samozřejmě se to děje, dva kolegové si občas potřebujeme o tom pacientovi něco říct... ale v těch zásadních věcech bych se vůbec nebál toho pacienta mít u toho, už proto abychom o něm mohli mluvit s tím respektem, který mu patří. Ne jako o objektu, ale „Karle, ted' mluvíme o vás, a napadá mě k vám tohle a tohle, a mého kolegu tohle a tohle“. Ale ne jako když se baví zdravotníci sami, má to takový lehce devalvační náboj, který si myslím, že hodně ovlivňuje to pole jako takový.*

Aktivně se zajímají o **názory a pohled klientů/pacientů na průběh léčebného procesu** (diagnostiky i terapie):

...myslím si, že jsem ve srovnání s kolegy mnohem méně...méně direktivní. Když to řeknu, tak je to skoro klišé. Ale nemám moc ve zvyku pacientům říkat, že takhle to mají dělat, pokud v tom nevidím nějaký jako výjimečný smysl nebo se nedomluvíme, že pacient řekne „jo ale já ted' chci slyšet, jak to mám dělat“ ...,

S poskytnutím veškerých informací jim předávají **zodpovědnost za jejich vlastní rozhodnutí**:

Když chce slyšet ten názor, tak mu většinou říkám „hele takový jsou možnosti, já vám je všechny vysvětlím, a taky chci slyšet co vy na to“ a říkám jim „máte panickou poruchu, to se léčí různými cestami, první z nich je vždycky terapie, vždycky by měla být, druhá jsou prášky, když půjdete tou cestou tá terapie bude to vypadat tak, když práškama bude to vypadat tak, a pak je tady třetí skupina, která si vybere oboje, a to vypadá zase takhle“ a ted' oni tak jako kývají, a já řeknu „vy kývete, ale mě by zajímalo, jak je vám to sympatický, co z toho byste si vybral, jak to chcete?“ a oni řeknou „já chci tohle...“. A pak tam vstupuje nějaký moje doporučení, oni samozřejmě nejdou jenom tak že jo, když jdu na psychiatrii, tak chci slyšet radu. To není ta terapeutická situace, že bychom hledali něco, explovali. Do psychiatrický ambulance lidi přicházejí opravdu, protože chtějí poradit, protože se cítí nějak bezradní, tak já jim říkám „jo vy jste si vybral tohle, to je možnost, já vám to doporučuju,

nebo víc vám doporučuju tuhle cestu, ale když půjdeme touhleťou, tak to nevadí, tak to chcete zkusit, tak půjdeme touhleťou, a když se ukáže, že to nejde, tak půjdeme tou, kterou doporučuju já, a je to vždycky takový jako licitování“. Chci, aby to byl dialog.

V popsáných postojích a způsobech interakce, jimiž se respondenti vymezují vůči medicínskému modelu a jeho charakteristikám, již můžeme vidět velmi konkrétní formy integrace PCA do klinické praxe.

Blok 4 – OKOLNOSTI PRAXE A PROFESE

Tento blok sdružuje témata, v nichž respondenti hovoří o své praxi jako takové – proč dělají to, co dělají (proč pracují v klinické sféře a v daném zázemí, proč se věnují psychoterapii), jaké jsou limity jejich praxe, co v jejich praxi pro ně představuje výzvu a za jakých zdrojů čerpají, aby svou praxi zvládali.

11) Motivace k profesi

Toto téma je výsledkem analýzy motivace respondentů pro jejich profesi/výkon jejich konkrétní praxe. Kategorie je sycena odpověďmi na přímé otázky na motivaci – Proč jste se rozhodl ke vstupu do kliniky? Proč jste se rozhodl dělat psychoterapii? Na základě výpovědí jsme pročlenili kategorii motivace respondentů na tři oblasti: **(1) motivace k práci v klinické sféře, (2) motivace k práci v daném zázemí** (ambulance, stacionář, otevřené oddělení...) a **(3) motivace k výkonu psychoterapie**.

Do klinické sféry se respondenti vydali z několika důvodů. Dle výpovědí má samotná práce s lidmi s duševním onemocněním na nejobecnější úrovni určité kvality, které jsou pro respondenty motivující. Je **smysluplná, nabízí pocit skutečné potřeby, pocit dobrého výkonu, a kontakt s velkou odlišností a novostí**:

- *Vidím v tom velkej smysl. Já vím, že pro spoustu absolventů psychologie jsou i lákavější věci jako personalistika, výzkum a tak. Ale klinika je strašně fajn, mě to baví. A lidi, kteří to dělají dobře je málo.*
- *Já si myslím, že jsem prostě chtěla dělat s "těžšíma" případama. Že jsem prostě nechtěla dělat takový ty "obyčejný" lidi, takovýto "ňuchňání". A vlastně do teďka to vím... je dobrý takovýho člověka mít v péči, "odpočinout" si u něj, stačí tak jako ťuknout a ono to jde, dává to hezký pocit, že terapie dobře a snadno postupuje. Ale vlastně mám trochu dojem, že není pořádná práce. Říkám si, jako dobrý, ale tyhle lidi si můžou poradit, ale tyhle neví kudy kam, s noha dalšími psychology, nekliniky. Když už jsem se dala na to (na klinickou psychologii), tak jako chci dělat něco, co vidím smysluplné.*
- *Ano, zjišťuju, že nějak mi to přijde, že když je nějaká takováto práce, znamená to být v kontaktu s lidmi, že skutečně to mají těžké, zažívají v životě strašně věci a že to dává smysl. Jednak mi to přijde vždy jako objevování, že...to tak debilně zní...ale vlastně jako že objevujeme ten svět, který oni tam mají. Ten je velmi zajímavý. Lidé, kteří to mají podobně jako já, ten neurotický, tak je to takové jako jasné no.*

Dále práce v klinické sféře umožňuje **praktikovat psychoterapii**:

- *Psychiatrii...tak trochu nehodou, protože ten směr nebo cíl bylo dělat psychoterapii (...) šel jsem studovat medicínu, kde jsem s postupem času sledoval víc a víc, že ta somatická medicína mě neláká a že pořád směřuju tam, kam jsem původně zamýšlel, takže jsem si vybral tu psychiatrii s tím cílem tu psychoterapii dělat (...)*

Pro respondentku-psychiatru byla motivující možnost **syntézy biologických a psychologických aspektů člověka**, které umožňuje psychiatrie. Na pozadí výpovědi je rovněž patrná **touha porozumět a přistupovat k člověku a nemoci celistvěji**:

• Ne to úplně ještě ne, ale nějak jsem asi hledala styčnej...protože mě vždycky zajímala filosofie a takový to pozadí, mě přišla ta psychiatrie taková spojující a potom mně přišlo velmi jako omezující zůstat jenom u léků, že to jako by nemůže stačit redukovat tu léčbu jen na tu biologii. To bylo takový intuitivní, prostě jsem věděla, že to nechci jako zredukovat na to práškování. Ačkoli proti lékům nic nemám, ale přišlo mi, že to chce víc než jen spoléhat na ty léky, že tam musí být podíl toho člověka samotného, nějaká investice do té léčby, ne, jen se nechat léčit, ale taky jakoby i přemýšlet o těch věcech za tím. Takovej ten pohled na tu nemoc – odkud se bere, proč ten člověk něčím onemocní, že tam musí být těch faktorů víc než jen nějaká disbalance něčeho.

Podívejme se nyní na motivaci respondentů k práci v daném zázemí. V rozhovorech se respondenti zmiňovali výhody dvou klinických zařízení – soukromé ambulance a psychoterapeutického stacionáře. Praxe v soukromé ambulanci je přitažlivá **možností být nezávislý**:

• Po dětech, když jsem se vracela do praxe, jsem se zařídila tak, abych mohla dělat plně v ambulanci a povedlo se mi to. Dělán v ambulanci, dělám to, co mě baví, nikdo mi do toho nekecá, nezpochybňuje, že to takhle nejde, občas si nabiju pusu (:-)).

K výhodám psychoterapeutického stacionáře zase patří **možnost týmové práce** a tím také **lepšího zacílení péče o klienty**. Celková **orientace stacionáře na psychoterapeutickou péči** je rovněž považována za „atraktivní“:

• Jsou pro mě důležitý i další přístupy, který nedělám, ale tím, jak pracuju v týmech, tak to má tu výhodu, že můžu člověka buď přeposlat do individuálu, nebo může jít někam na skupinu, kde třeba může víc pracovat s tělem.
• To, jak pracujeme...dobře se shodneme, a to je velká výhoda, tým je tu velkou výhodou práce ve Fokusu. Ta podpora týmu, společné smýšlení, které úplně nebazíruje na té diagnostice jako na psychiatrii. Ale vlastně i psychiatricky, se kterými tu pracujeme, mají velký cit pro člověka jako individualitu. To je velký důvod, proč tu pracuji.

A co respondenty motivovalo k rozhodnutí vykonávat psychoterapii? Pro respondenta-klinického psychologa byla na psychoterapii motivující skutečnost, že může doprovázet **lidi v jejich růstu a zrání**:

• Tak jednak jsem zjistil, že mě baví pracovat s lidma, být u toho, když nějakým způsobem se otvírají, zrajou, rostou. A že mi to nějakým způsobem jde. Je to něco, co zažívám. Je to ta nejdůležitější motivace po mojí práci.

Na základě osobní zkušenosti s přáteli, kteří pracovali jako psychoterapeuti, respondent-psychiatr objevil další aspekt psychoterapie, který jej motivoval věnovat se této disciplíně.

Jde o **specifický způsob přemýšlení o lidech** a přístup, v němž jeden člověk může pomáhat druhému v duchu nejen **respektu k odlišnosti a v úctě**, ale i **s přátelstvem a vřídlostí**:

- *...měl jsem dva takové blízké, kteří byli rogeriáni. Dva známé...a to byli pro mě velmi inspirující lidi v té době, když mi bylo těch 23. Tak jsem si říkal „jo PCA, to bude dobrý“ a zrovna se otvíral výcvik a bylo to tak. Je možný, že kdybych potkal dva analytiki a otvíral se výcvik v analýze, tak by to bylo jinak, ale to byla pro mě taková náhoda, osobní zkušenost. ...byli to lidi, kteří mi byli sympatičtí jako lidé a současně se mi líbilo, jakým způsobem mluvili o té práci. Vlastně v té době nemluvili o PCA, neříkali mi „hele Rogers to je výborný, běž do toho“, ale mluvili o terapii jako takový...vlastně to o čem jsem se zmiňoval na začátku. To, co pro mě bylo trochu nový a bylo dost jiný oproti prostředí, v kterém jsem vyrostl, tak byl takový respekt k odlišnosti, že ten člověk to takhle má, takhle s tím pracuje, to neznámá, že se mně to líbí nebo nelíbí, ale vlastně je to zajímavý a on to potřebuje nějak prozkoumávat, nějak s tím být, a takhle ta práce vypadá. Takže to vlastně bylo překvapivé, nebylo to patologizující, nebylo to nijak stigmatizující, tenhle přístup. Já jsem si říkal „to je vlastně dobrý, je to sympatický“. Neříkal jsem si, že je PCA „dobrý“, já jsem nevěděl, v čem je to dobrý, ještě jsem neměl ten výcvik za sebou, ale říkal jsem si „to je sympatický, takhle přistupovat k lidem“, trochu laicky, tak jak jsem si to říkal v tom věku, tak přátelštěji.*

V závěru ještě podotkneme, že samotná vize možnosti výkonu psychoterapie v rámci medicíny (psychiatrie) působila rovněž pro respondenta-psychiatra jako určitá motivační kotva k dokončení psychoterapeutického výcviku a při zvládání náročného a mnohdy nezábavného studia:

- *To byla strašná motivace, mě ta medicína strašně nebavila a tím, že už jsem na té medicíně byl v tom výcviku, tak jsem věděl, že jestli tohle chci dělat, tak musím nějakou vysokou dostudovat. Už jsem tady, tak už tady zůstanu, takže to bylo to, co mě tam drželo, že jsem měl takovej jako cíl, co chci dělat a věděl jsem, že musím dostudovat, takže to byla strašně silná motivace, ten výcvik.*

12) Limity praxe a profese

Problematických a sporných oblastí klinické praxe jsme se v průběhu analýzy již okrajově dotkli v souvislosti s mnoha kontexty – PCA v kontextu jedince i praxe, PCA a medicínský model, PCA a psychopatologie, limity vztahových kvalit PCA či význam psychoterapie jako metody. Na tomto místě se tedy pokusíme dosavadní poznatky více systematizovat a nabídnout ucelenější pohled na limity a hranice profese klinických psychologů a psychiatrů. Na základě výpovědí respondentů můžeme limity klinické praxe rozdělit na **(1) limity přístupu, tedy PCA, (2) limity na straně terapeuta a (3) limity na straně klienta**. Toto rozdělení je však spíše technické, jelikož všechny tři oblasti spolu velmi úzce souvisí – např. to, co jeden považuje za limit přístupu, by u druhého mohlo být považováno za limit spíše na straně terapeuta či klienta:

- [Kde už je PCA nepoužitelné?] *Závislost třeba.*

- *Pak jsem chvíli "lezla" po Bohnicích – akutní příjmový oddělení, gerontopsychiatrie, následná péče, závislosti (krásně to tam jde, PCA – musí se modifikovat, ale je to tam všude)...*

Jak již bylo řečeno, o limitech PCA se analýza již zmínila v rozboru významu teorie i praxe přístupu zaměřeného na člověka. Tento odstavec bude tedy spíše určitým shrnutím již řečeného. Limitem přístupu, o němž respondenti v různých obměnách hovořili, je nedostatečně rozpracovaná teorie a metodologie PCA vzhledem k některým problémovým oblastem a „typům“ klientely. Konkrétně si respondenti nejčastěji všímali absence **ucelené teorie psychopatologie zaměřené na člověka**. Dosavadní snahy specifikovat **PCA při léčbě konkrétních psychiatrických okruhů**, považují spíše za nedostupné (ať už z důvodu jazykové bariéry či nedostatečné podpory „rogeriánské“ komunity):

- *České PCA má limity v tom, že nemá rozpracovaný přístup k jednotlivým problematickým okruhům.*
- *...je v němčině nebo angličtině kniha PCA, jak pracovat s jednotlivými diagnostickými okruhy, která mi přijde jako úžasná. To tady chybí úplně, pohled na jednotlivé psychiatrické potíže skrze PCA;*
- *Já jsem dlouho vnímala, že je škoda, že neexistuje nějaká teorie poruch, stavů. Jako že, „jak pracovat s depresivním pacientem“ a teď návod jakoby ze strany toho přístupu. Konkrétně.*
- *Ale takovej ten nedostatek metod nebo přístupů, že to v PCA není rozpracované tady snadno dostupný, to pociťuju. Někdy je mi to líto. Já pak jdu na výcvik vycházející z na řešení orientovaný terapie, což úplně něco jinýho, a samozřejmě tím jako načuchnu, a vlastně mi to pak vadí, protože mě to tak jako odklání od toho mého základu.*

Další zmiňovanou oblastí, pro níž chybí zakotvení v teorii PCA, je dle respondentů **práce s rodinou a širším sociálním kontextem klienta či pacienta**:

- *V našem výcviku se moc nedělalo nic jako práce s rodinou.*
- *PCA moc práci s rodinou nemá, existují různé modality, jak pracovat s rodinou. (...) Hledám si tam tu svou rovinu. Nemám se tam o co opřít.*
- *Další pomezí, na které jsem narážel, bylo tam, kde jsme se dotkli Otevřeného dialogu, to znamená tam, kde je potřeba pracovat nejenom s tím člověkem, ale v nějakém širším kontextu rodiny a dalšího okolí.*

Jako určitý limit přístupu je rovněž vnímán převažující **implicitně verbální étos psychoterapie zaměřené na člověka**, a naopak **méně rozvinutá práce s tělesnem**:

- *Ještě mě napadlo...ne úplně málokdy jsem se s tím setkala, že přijde klient s nějakou terapeutickou zkušeností a říká, že mu nevyhovovala, protože to bylo jenom o tom povídání. Ano, že ten terapeut plně naslouchal, ale že to bylo málo, že to tomu klientovi jako kdyby nestačilo, že potřeboval něco víc. Tam já vidím jako kdyby člověk zůstával v rámci toho Rogerse – protože předpokládám, že to byl asi nějaký rogerián – jenom v nějaké pasivní roli, tak opravdu se dostal na nějakou tu hranici. Zůstává jenom v tom „ano chápu vás, máte to těžké“.*
- *Myslím, že se tam může stát, že na to tělesný se možná zapomíná. Tam je zajímavý, jak Rogers vlastně popisuje, jak práce s tělesným kontaktem byla pro něj náročná, vždycky v tom hodně váhal, takže spíš to popisuje jako ojedinělé případy, když třeba někoho obejmul, a jak vlastně jeho dcera už v tom byla*

mnohem svobodnější a vnučka ještě víc. Takže nějakým způsobem se to snažím mít v patrnosti. Ale zároveň běžně na těch sezeních pro tu práci s tělem zas takovej prostor není.

Spoléhání se na verbální kanál v kombinaci nedirektivností psychoterapeuta (tj. klient sám do značné míry řídí směr a intenzitu psychoterapie) může také vést k předpokladu, že limitujícím faktorem by mohla být **časová náročnost přístupu**:

- Pak jsou tam hodně časové limity, že tímhle přístupem bychom potřebovali extrémně dlouho času, a vím, že třeba, když se zvolí nějaké jiné techniky, na tělo zaměřené třeba, že to může být efektivnější nebo rychlejší.*

Je důležité upozornit, že respondenti většinou nějakým způsobem reflektují nejednoznačnost hranic PCA. Charakteristiky PCA, které respondenti označili jako „limitující“, „problematické“ (verbální étos, nedostatek technik...), mohou být překážkou pouze pro určité klienty v určitých kontextech. Naopak ty aspekty PCA (opravdovost, nedirektivnost...), jež respondenti považují za výhodné a efektivní, se mohou u jiných klientů a v jiném kontextu ukázat jako limitující.

- ...u každého to vypadá úplně jinak...s někým jsem daleko víc ironická, s jiným jsem daleko víc pečující, s někým jsem provokující, na někoho občas zahartusím, na někoho jsem opravdu velmi reflektující. Mixuje se to podle toho člověka, podle toho, co já vnímám, že mu v tom průvodcovství může být co k čemu.*
- Když tady budu mít člověka s narcistní poruchou osobnosti, tak mu neprospěju, že mu budu jenom reflektovat, jenom budu empatická, jak ho ti druzí nedoceňují, ono mu to nepomůže. Budu potřebovat mnohem víc udělat i ten autentické přístup v rámci přijetí atd., ale zároveň budu potřebovat ho kotvit v realitě, daleko víc a tak dále.*

Jinými slovy, nelze s úplnou platností zobecnit nějaké limity přístupu zaměřeného na člověka:

- Kdyby ta otázka stála tak, zda má smysl pracovat se suicidálními, psychotickými, bulimičkami, aspergeri v intencích PCA, tak tam ten limit není. Já nemůžu sice si klást za cíl, že schizofrenie se vyléčí... Já si třeba myslím, že klient díky dobré terapii může být klient skutečně apychotický, jako že ty symptomy, které on manifestuje, jsou odrazem té pohody nebo nepohody, té kongruence nebo inkongruence. Já mám tu zkušenost, že když lidi jsou v terapii a daří se jim směřovat k té kongruenci, tak ubývá těch symptomů, i těch psychotických. V tom je PCA jedinečný...netechnický směr, to není technika, ale že to sleduje ty potřeby toho klienta nebo pacienta. Nemůžeme si říct, že když má někdo aspergera, tak že když bude chodit na terapii, tak ho nebude mít. Ale to žádný směr si neklade za cíl. Ale PCA má co nabídnout tomu aspergerovi i tomu schizofrenikovi*

Uvědoměním této nejednoznačnosti jsme tedy nuceni uvažovat, zda limity PCA nejsou spíše „nedostatky“ na straně terapeuta či klienta (např. nerozvinuté kompetence, určitá nevědomost, odlišnost potřeb atd.). Limity praxe, jež jsou na straně terapeuta, procházejí jednak oblastí profesních kompetencí, jednak oblastí osobních hranic. **Vědomí**

(nebo hůře nevědomí) respondentů o vlastních kompetencích (znalostech, schopnostech, dovednostech), znalost vlastních limitů, představuje hranici jejich praxe. Jinými slovy, upřímné přiznání si nejen toho „co zvládám, co umím“, ale i toho „na co si už netroufám, co neumím“, je pro respondenty i jejich klienty důležitým ukazatelem kvality jejich práce:

- *Samozřejmě jako většina lidí ráda pracuje s neurotickými klienty, že tam skutečně je ta práce na rozvoji osobnosti je rychlá, efektivní, krásně vidět, pohoda, zábava, jsou to klienti, na které se těšíme. S těma hraničníma, těma schizofreníma je to těžší, ale i ti mají prostor v terapii. Ale má to limit v terapeutovi. Myslím, že nemusím cítit chuť a ochotu to dělat, ale je dobrý si to tak otevřeně říct – ne „PCA s hraničníma nepracuje“ ale „já s hraničníma nepracuju“. Je potřeba být upřímní k sobě, „já s tím nechci pracovat, protože mi to nejde, nebo nevím jak na to“.*

Z výpovědí respondentů nepřímo vyplynulo, že důležitou profesní kompetencí je **kreativita a schopnost modifikace okolností** (zázemí, přístupu, nemoci, daného klienta atd.). Kreativita může být nástrojem překonávání terapeutových limitů, a naopak její nedostatek může být výraznou překážkou v jeho praxi:

- *Ještě mě napadlo...ne úplně málokdy jsem se s tím setkala, že přijde klient s nějakou terapeutickou zkušeností a říká, že mu nevyhovovala, protože to bylo jenom o tom povídání. Ano, že ten terapeut plně naslouchal, ale že to bylo málo, že to tomu klientovi jako kdyby nestačilo, že potřeboval něco víc. Tam já vidím jako kdyby člověk zůstal v rámci toho Rogerse – protože předpokládám, že to byl asi nějaký rogerián – jenom v nějaké pasivní roli, tak opravdu se dostal na nějakou tu hranici. Zůstává jenom v tom „ano chápu vás, máte to těžké“. Při tom někdy nemusí vyjít z toho rogeriánského rámce, když nabízí možný postoj a „kdybyste zkusil tohle“, je to vlastně o větší aktivitě, o té nabídce, která může být. Je tam pak více interakcí, ale myslím si, že i tohle do toho Rogerse patří.*

Důležitým limitem praxe na straně terapeuta je **vědomí osobních hranic**. Znamená to, že respondenti vědí, co je pro ně **nepříjemné až nepřekročitelné**, při čem se musejí **nadměrně překonávat**, co je **stojí příliš mnoho sil**. Osobní hranice mohou zamezovat práci s určitým typem osobnosti klientů, určitým onemocněním, v určité situaci atd.:

- *A potom já neumím moc pracovat s lidmi, kteří jsou destruktivní, v tom smyslu... ve vazbě, osobnostně destruktivní. To jsou lidi, kteří vás naserou, a tak to mají v životě. Strašně lidi vytácejí a dostávají se do té bludné...a jsou takto vztahově destruktivní a je to jejich problém vydržet v tom vztahu. To nedávám.*
- *A určité bych nemohla pracovat s lidmi, kteří jsou násilníci, to vím, to je můj limit, já bych je nemohla přijímat. A s nějakými nacisty, kteří jsou aktivně v nějakém hate-hnutí.*

Limity na straně klienta jsou vlastně aspekty, které danému klientovi zabráňují využít některou z klinických služeb, které respondenti nabízejí ve své praxi. Limity na straně klienta vyplývaly z rozhovorů nejvíce v souvislosti jednak s využitím psychoterapie, a jednak s konkrétním přístupem daného respondenta. Jinými slovy, někteří klienti nemusí být

v souladu s tím, jak respondent praktikuje psychoterapii nebo jak obecně přistupuje ke svým klientům, pacientům (překonávání příznaků duševní nemoci prostřednictvím *růstu a rozvoje osobnosti*). Tento nesoulad může být způsoben **specifickým očekáváním od psychoterapie/psychoterapeuta a odlišnými aktuálními potřebami** – klient např. očekává radu, direktivní vedení atd., nemá např. potřebu se rozvíjet, ale potřebuje se „jen“ opřít a nechat se podpořit:

- *Odcházejí...tihle lidé. Mně to přijde takové prázdné. Ti lidé přijdou k psychologovi, čekají, že jim dá ty rady, že jim poví, jak to teda dělat, a já jim nic takového nedám, řeknu jim, že to vlastně nevím, jak by to mělo být.*
- *Já myslím, že to má určité limity. Někdy ta zakázka je už dopředu daná, a v tu chvíli je na místě něco jiného. Někdo si vysloveně přijde pro nějaké techniky nebo rady a já je můžu dát do té míry, pokud je ovládám. (...) Určitě to má limity. Ne nějaký obecný jako „tahle diagnóza ne“, tak to nemyslím, ale vždycky to vyjde z nějaké konkrétní situace, potřeb.*
- *...ale mám i takové pacienty, kteří už vlastně prožili celý ten život třeba i v tý psychóze a jsou velmi rigidní. A už i ty léky, který užívali celý život, mají na ně takový dopad, že vidím, že je pro ně příjemnější, když někdo zodpovědnost vezme a řekne. Tak to dělám takhle. Myslím si, že to je person-centered. Protože tak nějak rigidně usilovat o to, aby se rozhodovali oni sami, by jim přineslo větší útrapy než...vidím jaká ta jejich reálná potřeba je, a jejich potřeba je opřít se, tak musí mít kde.*

V přijetí psychoterapeutické péče může být klient dále limitován svým **stavem, který takový druh péče úplně vylučuje** (nemusí však nutně vylučovat PCA jako takové!). Jde např. akutní stavy ve floridních fázích nemoci, jejichž doprovodné projevy (kvalitativní či kvantitativní porucha vědomí, agresivita...) nebo bezprostřední ohrožení života mohou být kontraindikací ambulantní psychoterapie:

- *Jo, někdy musím přejít opravdu k direktivitě a říct „je to prostě na hospitalizaci, jsou tam sebevražedný úvahy, tady už není prostor pro diskuzi, musíme jít na oddělení“. Jako samozřejmě to podám co nejlaskavěji, nejvstřícněji, ale zároveň na tom musím trvat, je to pro ochranu toho pacienta, i pro ochranu vlastních sil. Když to necháme dojít příliš daleko, je to strašně vyčerpávající. Vyčerpává to jak skupinu, tak toho klienta, tak třeba mě. Takže někdy to prostě jinak nejde.*
- *Závislost třeba. Nebo někdy nějaké extrémní projevy chování. Nebo když pacientka třeba měla bipolární poruchu...nebereme to často do toho stacionáře, ale někdy to zařadíme, když jsou třeba kompenzování...ale někdy se stane, že se dekompenzují směrem do mánie, to už nebylo únosné. Nebo když jsou nějaké hraniční stavy, kde prostě tu skupinu ten pacient rozkládá. Ale nevím... ale jsem tam v té roli toho, co to vlastně nařídí.*
- *Když už je to prostě na hospitalizaci a ten člověk třeba nechce nebo tak, tak už to není o tom, že se bavíme o nějakých emocích a jak mi v tom je a nevím co, ale prostě prakticky. Nebo otázka výživy, třeba se můžem bavit o prožívání, ale když ten člověk nebude mít vyživený tělo, nebude snídat a první jídlo bude mít večer, a to ještě nějaký...tak nemůže ta psychika fungovat. Když je to nějaký extrémnější,*

tak už nepomůže se o tom jenom bavit, tak jako zkoušet, jak se v tom ten člověk cítí, protože by mezitím se úplně rozpadl.

- *V noci přijde pacient a je úplně paranoidní, není v kontaktu s realitou a když mu sundáte kabát, tak z něho vypadnou tři nože a železná tyč. Tak tam asi není prostor pro žádnou diskuzi, ale čtyři zdravotní bratři na něm leží a píchají mu nějakou injekci, protože pět lidí pobodá*

Nakonec největším limitem (nejen) klinické praxe na straně klienta je **odmítání pomoci** jako takové. **Nemotivovanost** je obvykle souhrnným výsledkem již zmíněných i dalších limitů (odlišné potřeby, odlišná očekávání...):

- *No lidi, kteří tu terapii vlastně nechťejí, tak udělám psychologické poradenství. Já jim poradím. Měla jsem tu slečnu, která chtěla, abych ji řekla, že to udělala dobře, já jsem jí to řekla a ona odešla spokojená. Tam není smysl, abych jí něco říkala, možná bych jí i tím ublížila.*

13) Výzvy klinické praxe

Třináctá kategorie sdružuje výpovědi o osobních výzvách, kterým respondenti ve své praxi čelí. Téma výzev je syceno jednak odpověďmi na přímou otázku a její obměnami „Co je pro vás ve Vaší praxi výzvou?“, jednak některými výpověďmi v kontextech limitů klinické praxe, PCA a medicínského modelu, uvažování o psychopatologii.

Z analýzy výpovědí vyplývá, že nejvíce výzev je v praxi spojeno s aplikací přístupu zaměřeného na člověka. Jak již bylo několikrát zmíněno v jiných tématech, pro respondenty představuje výzvu **fungování v oblastech, které nejsou zakotvené v teorii PCA** (respondenti uváděli např. problematiku rodiny nebo problematiku klientů v akutních stavech). V praxi se tedy respondenti ptají sami sebe, jak navázat a budovat psychoterapeutický vztah (neboli základní prostor pro léčbu):

- *V našem výcviku se moc nedělalo nic jako práce s rodinou. Nevím, jestli je to jako rozpracovaný nějak víc. České PCA má limity v tom, že nemá rozpracovaný přístupy k jednotlivým problematickým okruhům. Práce s rodinou – když to vyslovím, napadne nás systemika, liberecký přístup Chvála–Trapková. Zkusit přemýšlet nad tím, případně publikovat, jaká specifika by ta práce měla v PCA, jak se to teda dělá, co je funkční, co je nefunkční.*
- *Stejně tak to je práce, a to je něco, co se ve mě bije, s dospívajícími...když mají sebevražedné myšlenky, a kdy to mám už vynést z toho sezení, tam už najednou vystupuju z toho rozumějíciho do toho kontrolního, a já jsem toho povinná... a samozřejmě je to určitá zrada...oni se mi svěří, oni mě znají jako tu, která jim rozumí a najednou já to musím říct rodičům, tohle musím říct. Tak je to taková výzva, jak to opracovat, abychom mohli dál v tom vztahu pokračovat, zatím se mi to daří, ale je to teda klouzání na velmi tenkém ledě. Jednou jsem to udělala velmi narychlo – tam šlo o deklarovaný sebevražedný myšlenky, a to prostě nemůžu odložit a opracovat, a strašně jsem se bála, jestli to náš vztah unese. Pozitivní na tom bylo, že my jsme měly už tak dobře vybudovaný, bezpečný vztah, a to jsme zase u PCA, že ona to unesla, že jsem to prostě udělala takhle.*

Narážení na limity (ať už limity přístupu či limity vlastní nebo na straně klienta) vede některé respondenty k tomu, že o PCA pochybují a je pro ně výzvou **vytrvat a spolehnout se na přístup** navzdory jeho „nedostatkům“ v technikách, teorii psychopatologie atd. V praxi to opět znamená výzvu **spolehnout se na vztahové kvality (opravdovost, empatii, akceptaci, aktualizací tendenci)**, což vlastně v konečném důsledku znamená **výzvu spolehnout se na sebe samého a svoji schopnost být ve vztahu:**

- *Co si myslím, že je taková jako obecně výzva je dostat tu terapii do té kliniky v tom smyslu, aby se ten terapeut vlastně nebál toho. Vidím, že je tam ten strach, když je klient suicidální, jestli si vystačím s tím, že budu tady s ním jen tak, když je psychotický, jestli to stačí.*
- *Já pak jdu na výcvik vycházející z na řešení orientovaný terapie, což úplně něco jiného, a samozřejmě tím jako načuchnu, a vlastně mi to pak vadí, protože mě to tak jako odklání od toho mého základu. Teď už jsem se... já jsem vlastně ze školy vylezla v 2004, takže jsem v praxi nějakých 15 let, po škole po výcviku, a můžu říct, že teprve poslední rok, dva se v tom začínám víc orientovat a jsem v tom zakotvená. Že začínám jako zjišťovat, že můžu jít na tenhle výcvik a ustojím to tam, budu si to dělat po svém a rovnou hlásím, „Já jsem PCA, tak mě berte tak jako že to bude asi trochu jiný“. Když se hlásím, rovnou se ptám, jestli jim to nevadí, že toto mám a jestli si s tím jsou schopni poradit na tom kurzu, aby mě tam neválcovali. Většinou jako „jo, jasně“.*

Poslední výzvou související s aplikací PCA je uplatnění **přístupu na člověka v manažerské práci**. Konkrétně respondent-manažer řeší **vyvažování potřeb** zaměstnanců a potřeb/poslání dané organizace. Rovněž je pro něj výzvou **zacházení se zodpovědností:**

- *Myslím si, že výzva, se kterou se už potýkám drahně let je moje působení na manažerských pozicích a vlastně uplatňování PCA v managementu, kde fakt myslím, že se to furt učím. Nějaký vyvažování toho že...pro mě vlastně nejzávažnější na té manažerské práci je zase možnost dělat prostor lidem, aby rostli, tentokrát teda zaměstnancům té organizace, vytvářet jim k tomu podmínky. A zároveň to není úplně konečným cílem té práce, konečným cílem je nějaký fungování té organizace, která má nějakou činnost a nějaké poslání. Je ideální, když se tohleto daří skloubit, ale někdy ty věci můžou jít proti sobě. Taky je potřeba umět v tom zacházet dobře se zodpovědností. Samozřejmě, že v PCA je posilování zodpovědnosti každého za to, co dělá, ale zároveň člověk si musí nechat kus zodpovědnosti, kterej mu na té manažerské pozici patří, to nelze házet někam dál. Tak to jsou takový jako otázky, se kterýma se pak potýkám.*

Další výzvy se týkají již obecně bytí ve vztahu s klientem. Pro respondenty je výzvou **vytrvat ve vztahových kvalitách**, tj. **zůstat otevřený, nedirektivní, rozumějící** atd, a to i v situacích, které jsou jim osobně nepříjemné, například svou nejasností a nejistotou (kam proces směřuje a jaký má vůbec smysl) nebo silným emočním nábojem:

- *Každý klient je výzva. To je to dobrý na terapii, že když přijde klient, tak na začátku nevím, jak to dopadne, výzva je vlastně to pátrání, to je dobrodružství, jestli z toho něco bude nebo ne, nebo že to teda není na terapii, ať zkusí něco jiného.*

- *Někdy je to samozřejmě lákavé, když se to nehýbe, tak jsem jako netrpělivá, takže dokážu jako dělat nějaké vlny, protože už to nevydržím, ale někdy je i to dobré, protože je to fakt opravdické. Ale někdy se dám taky strhnout těmi interpretacemi, že si odputujeme na té interpretační vlně, že si to jako vysvětlím. Ten obraz mi nějak pokračuje, ale v nějakém momentě já to vidím na těch lidech, že jsem se od nich odpojila a sama si tam něco pletu, a oni zůstávají tady. Když jim to [interpretaci] povím, tak oni mi vůbec nerozumějí, a můžu mít pravdu, můžu to vidět tak, jak to je...ale vlastně oni to vnímají. Myslím, že to pomáhající je skutečně to, když dokážu s těmi lidmi být a nabídnu jim něco, co si sice myslím, že je dobré, ale nabídnu jim to s tou pravdivostí „aha já si myslím, že toto je dobře, a můžete to odmítnout s tím, že je to úplná blbost“ ale zůstávám s ním v kontaktu.*

- *Pak mě maminka seřvala, jak to, že chodí do terapie a má sebevražedný myšlenky po takový době terapie, pak se mi omlouvala. Ale už to tam jako prostě jelo, že když na mě huláká maminka, tak jsem jí řekla, že chápu, že se zlobí, že má strach, a to už je zase to PCA, kdy já ji reflektuju prožívání a pomáhám jí tu situaci ustát. Ustát to...že nebudu brát něco jako hodně osobně, ale zkusím zůstat v napojení se na rámec toho druhého člověka, nevystoupit z toho rámce druhého člověka. Rozumět, proč se ten člověk teď takhle chová, a nenaskočit na to svoje...to je výzva. Jsem někdy osobně netýkavka. A v tom mi ale PCA hrozně pomáhá – odložit sebe, odložit to, že se mě nějakým způsobem dotýkají a první porozumět proč, jako zůstat u toho rozumějícího, se snahou porozumět.*

Bytí ve vztahu v sobě, kromě jiného, nese také výzvu **zachovávat a kultivovat vlastní opravdovost**. Jak již bylo zmíněno v kapitole o vztahových kvalitách, pro respondenty představuje výzvu zacházení s opravdovostí jak ve vztahu ke klientům, tak k sobě samému, což v praxi znamená být citlivý na aktuální potřeby a ladění druhého i své vlastní:

- *Nejde být opravdová celou dobu, je to skutečně náročné. Jsou momenty, kdy pro vás je to tak pomalé, nebo ten klient se uzavře v sobě a to čekání, kdy on si to sám nějak sumíruje, je pro mě tak strašně, že v duchu už „přestavuju nábytek“, jakože mě to odlákává, odcházím. Přistihnu se, že jsem někde jinde, a musím se jakoby vrátit.*

- *Když mě bolí zuby, tak mě to odtahuje, nepatří to klientovi, musím to ošetřit nějak jinak. Ale jestli to, co si tady povídáme sem nějak patří, a já vám to musím zkomunikovat. A v tom to je ta kongruence. A ten rozdíl je v tom...kongruence tam patří a má smysl, pokud je pro dobro toho klienta, to že mě bolí zuby, je mu jedno...ale určitě by to bylo autentické to říct. Někdy se mě zdá, že není těžký zaplavit ten prostor sebou, tou svojí autenticitou, ale může to být trochu balast pro klienta.*

Z hlediska opravdovosti může být pro respondenty rovněž výzvou **rozlišit profesní roli a zůstat v kontaktu s klientem sám za sebe**, neschovávat se za roli:

- *Vyplývá to z toho, že někdy není úplně jasná ta role, v některých stádiích, není jasná role ta terapeutická a ta psychiatrická – ta víc mentorující. Neschovávat se za to. Tam, kde to jde, využít toho vztahu, toho potenciálu, to Rogersovo, a neutéct k té edukaci nebo tomu vysvětlování a teoretizování. Ten tlak na to je ze strany těch pacientů velkej. Takže je to potřeba to hlídat. Nevyhnu se tomu, patří to do té práce, ale aby to bylo nějak vyvážené, aby to nebylo na úkor toho vlastního procesu.*

14) Zdroje zvládání profese

Zdrojům (sebe)podpory jsme se již částečně věnovali v rámci čtvrtého tématu (sebeopodpora v pochybnostech o PCA). V této závěrečné kapitole pouze rozšíříme pomyslný seznam externích a interních zdrojů o další položky, které vyplynuly z odpovědí respondentů na závěrečnou otázku: „Co byste doporučil/a lidem, kteří by se chtěli věnovat klinické praxi?“. Nebudeme se již omezovat pouze na zdroje, které respondenti uváděli jako důležité pro vytrvání v praxi PCA, ale zahrneme i ty, jež respondenti vyzdvihli jako obecně důležité ve zvládání profese klinického psychologa či psychiatra. Pro přehlednost ponecháváme rozdělení zdrojů na **externí a interní**.

Jak již bylo zmíněno, externí zdroje zahrnují **aktivity**, které respondenti přijímají „zvenku“. Jinými slovy, tyto aktivity se dějí do určité míry nezávisle na respondentech (např. supervize a různé vzdělávací programy probíhají, ale respondenti se jich účastnit nemusí, pokud nechtějí). Respondenti se těchto aktivit účastní a nakládají s nimi ku svému prospěchu. Do externích zdrojů jsme zařadili **supervizi** (*Ještě k těm pochybnostem...hodně pomáhá supervize. Fakt, v tu chvíli jít na supervizi... k PCAkovi!*), **participaci na aktivitách PCA komunity** (*Možná se prostě něco i rozbíhá, nějaké znovuoživení toho společenství a že jsem tomu ráda. (...) Možná, že bych potřebovala nějaký, systematický, udržovací aktivity, setkávání, vzdělávání.*) a **vzdělávací aktivity**. V rámci vzdělávacích aktivit respondenti čerpají podporu a inspiraci na **konferencích a přednáškách** (*A za druhé, jednou za dva roky fakt jet na tu konferenci PCA, nevynechat ji. Já jsem ji jednou vynechala a bylo to blbě. Udělat si ten čas a jet, protože to obrovsky oživí tu smysluplnost, a to že je to zakotvený, je to funkční, dělá to spousta lidí, daří se jim v tom, a inspirují mě, jak třeba těžkosti, který mám, zvládnout.*), a rozšiřují své vědomosti a znalosti **čtením literatury** (*Ale jinak jsem si to PCA jako by doplňovala pomocí literatury všech možných směrů.*). Ke vzdělávacím aktivitám v této kategorii nově přibyl externí zdroj, z něhož čerpají zejména respondenti-psychiatri, a sice **studium medicíny**. Respondent-psychiatr reflektuje, že komplexní znalost člověka z biomedicínského hlediska, kterou studium poskytuje, je sice náročné nabít, ale nakonec může přispět k celistvějšímu porozumění klientovým obtížím v psychodiagnostice a psychoterapii a kompetentnějšímu přístupu k lidem s duševním onemocněním. Např. dynamiky poruchy je považována za *souhru* jak vlivů rodiny, osobnosti a celkové životní zátěže, tak ale i určitých neurobiologických procesů:

- *No a to v čem vidím medicínu jako výhodu, je třeba v tom, že když třeba pracuju s lidmi s psychickým onemocněním, nejedná se o nějaké rozvojové poradenství, koučink, nebo práci na nějakých jako růstových tématech, tak ale pracujeme jako s patologiemi, tam se cítím asi zas naopak proti některým kolegům kompetentní, protože mám určitou představu o tom, jak to funguje, i o určitý neurobiologii některých těch onemocnění, která...určitě nechci říct, že by duševní nemoci byli vždycky podloženy*

nějakým biologickým procesem, určitě ty dynamický vlivy jsou větší než jak jsou docenované...ale nějaký neurobiologický korelát mají a to se odrazí ve spoustě věcí, o kterých klienti potom mluví – o tom, že nespí, o tom že špatně mluví, že mají celou řadu somatických problémů a tam si myslím, že se to i celkem hodí, to medicínský vzdělání. Ale nevím, jestli je to taková výhoda, aby psychoterapeut musel studovat medicínu, to bych skoro řekl, že je takovej zbytečný luxus, to bych asi nepotřeboval.

Interní zdroje podpory, jak napovídá označení, se nachází v respondentech samotných. Z interních zdrojů respondenti čerpají, když se „**obrací k sobě**“, **uvědomí si sebe samého (své zdroje) a spoléhají se na ně**. Jde o soubor jak získaných terapeutických kompetencí (znalostí i dovedností), tak osobnostních charakteristik, postojů, pocitů a vztahových kvalit. Konkrétním interním zdrojem je postoj **všímavosti k procesu (svému i druhých)**:

- To, co zasáhlo to, jak funguju doma, je, když se mi něco děje, jsem naštvaná, zoufalá, vyděšená, tak ten nástroj použiju na sebe. Že se podívám do sebe a snažím si to tam nějak uspořádat, abych tomu nějak rozuměla, a v tom mi to pomáhá. (...) hledám ten důvod, proč se to děje a jdu do té hloubky. Když najdu tu odpověď, ty emoce se promění, rozumím tomu, proč jsem úzkostná, proč je mi blbě a potom už s tím něco můžu dělat, že mi to dává vlastně kompetenci.*

Dalším interním zdrojem, který respondentům pomáhá vůbec fungovat v klinické praxi, je **citlivost v zacházení s profesními rolemi** (lékař, psychoterapeut, diagnostik, poradce, mentor...). Jelikož se role ze své podstaty mohou poměrně zásadně lišit v mnoha aspektech (např. direktivností, poměrem zodpovědnosti, způsobem komunikace...), respondenti vnímají jako důležitou schopnost uvědomovat si pobyt v roli, dále schopnost pečlivě role rozlišovat a přecházet mezi nimi. Důležité je umět také roli opustit a neschovávat se za ni:

- [jak se liší role psychiatra a psychoterapeuta] Například v rámci skupiny v tom stacionáři, když jsou dotazy přímo na medikaci, jak zvolit medikaci, tak ano i tohle je potřeba. Někoho to opravdu trápí. Ale aby to nebylo jenom o tom, aby se to zpátky vrátilo do nějakého toho dění skupinového. Aby tam nebyla jenom ta role psychiatra, který dělá tu edukaci, nebo prostě vykládá o účinku léků.*
- [střídání a míšení rolí psychiatra a psychoterapeuta] Záleží na situacích, na stavu té skupiny, na té fázi. Třeba ze začátku je to víc, pak když už se vytvoří nějaká ta dynamika, to naladění, tak už je to méně. Někdy musím vědomě zasáhnout, řeknu „ted’ ne, odložíme si to na komunitu, individuální pohovor, vrátíme se taky do nějaký toho procesu“. Někdy to na to ale není. Že vnímám, že v tuhle chvíli je to pro klienta důležitý si ujasnit ty věci. Nedá se to kvantifikovat. (...) Myslím, že nejkomfortnější je, když to tak nějak proudí. Když je tam naladění a pak už tolik nezáleží na těch slovech. Že když cítím tu důvěru, a to jsou pak ty vzácné okamžiky, vzácné tím, že jsou ne málo časté, ale cenné. Že můžu být součástí, nejsem jakoby v té manažerské roli, ale opravdu jako ta součást. (...) I při nějaký psychiatrický kontrole, tak je součástí nějaký rozhovor, jako kdyby psychoterapie, i když se pak v závěru bavíme, kolik krabiček mám předepsat, tak stejně tomu předchází nějaká interakce. Takže ono to jde i v rámci psychiatrické kontroly, ale tam musím vložit ty technický věci jako termín, recepty, odběry a tak.*

Ve zvládání klinické praxe, tj. práce s lidmi s duševním onemocněním, pomáhá respondentům **víra ve vrozenou aktualizací tendenci všech jedinců** a snaha tuto tendenci podporovat. Tento přístup vyžaduje „aktivovat“ zdroje jako **trpělivost, otevřenost novému a ochotu pracovat na sobě samém:**

- *V tý práci je to...je to...a teď nechci, aby to vyznělo tak jako že je to něco jasného, co vlastně vždycky funguje, ale často se k tomu vracím a třeba si to musím připomínat...a to je jeden z těch základních principů PCA a to je, že všichni máme nějakou aktualizací tendenci. Někdy když mám pacienty, a teď nemyslím ty v té terapii, tam je to celkem vždycky dobrý s tím pracovat, ale v té psychiatrii to tak někdy vypadá, jako by to bylo beznadějný, jako by se z toho pacienta už nikdy nemohla stát fungující bytost, ale tenhle pohled mi vlastně dovoluje to nevzdát.*
- *Trpělivost. Přijde mi to zajímavé, krásné.*
- *Je to o neustále práci se sebou jakoukoli formou no, že to je prostě proces. Zůstat otevřený. Není to jenom o té práci s klientama, ale o té práci se sebou, to vidím stejně důležitý...*

Výčet interních zdrojů uzavřeme pocitem, který lze považovat již za velmi niterný, ale zároveň v jistém ohledu nadřazený, zevšeobecňující. Nejdůležitějším interním zdrojem je **osobně vnímaná smysluplnost a zábavnost profese**, jelikož, technicky řečeno, zaštiťuje a energetizuje fungování respondenta v klinické praxi, včetně aktivace všech předchozích zdrojů podpory:

- *Ať si rozmyslí, proč to chtějí dělat, jak to chtějí dělat, aby jim to dávalo smysl v jejich rámci...aby to nezkoušeli dělat jako podle něčeho, ale rozuměli, co a jak dělat a proč to dělat. A když už to dělají, ať to dělají poctivě...ne pro peníze, ale aby je to bavilo. Myslím, že tohle fakt musí bavit, a když to nebaví, tak je to jako hodně blbě a je to z té práce znát.*
- *Není to jenom o té práci s klientama, ale o té práci se sebou, to vidím stejně důležitý a stejně, teď nevím, jestli mám říct zábavný ale... stejně fascinující.*
- *Vidím v tom velkej smysl. Já vím, že pro spoustu absolventů psychologie jsou i lákavější věci jako personalistika, výzkum a tak. Ale klinika je strašně fajn, mě to baví.*

Analýza zdrojů podpory vychází z výpovědí, v nichž respondenti přímo hovoří o tom, co je podporuje v jejich praxi, co jim pomáhá a co považují za důležité ke zvládání praxe. Nicméně, po tom, co respondenty podporuje ve zvládání jejich praxi a naplňování profese, by bylo jistě možné pátrat podrobněji i mezi řádky. Například v tématu „PCA v člověku“ nebo v analýze vztahových kvalit bychom jistě našli mnoho zdrojů, z nichž respondenti čerpají. K interním zdrojům bychom tak mohli například zařadit vztahové kvality **opravdovosti, přijetí a empatie**, které respondentům pomáhají navazovat a udržovat vztah, který je léčivý. Externí zdroj podpory pak zcela jistě představují třeba **teoretické koncepty PCA** (selfkoncept, introjekty...), jež respondenti mohou využít ke

komplexnějšímu pochopení člověka a účinnějšímu nakládání s problematikou duševních onemocnění.

5. TEORIE ZKUŠENOTI S APLIKACÍ PCA V KLINICKÉ PRAXI

Při pohledu na předchozí kapitulu, můžeme nabít dojem určité izolovanosti jednotlivých témat. Rozbor téměř každé ze čtrnácti kategorií představuje analýzu samu pro sebe. Každé téma by se také pravděpodobně dalo samostatně výzkumně dále rozvíjet. Účelem této kapitoly je tedy usměrnit jednotlivé analytické proudy zpět k výzkumnému záměru (1) zmapovat zkušenostní koncepty, které respondenti vytvářejí při aplikaci přístupu zaměřeného na člověka v klinické praxi, a (2) odhalit některé mechanismy této aplikace.

Kapitola je rozdělena na tři části, které představují finální produkty analýzy a podávají ucelenou a strukturovanou odpověď na výzkumný záměr práce. Analytické závěry jsou v podkapitole 5.1 shrnuty do zkušenostních konceptů o PCA (tj. jak respondenti uvažují o přístupu jako takovém) a v podkapitole 5.2 do zkušenostních konceptů „klinických“ (uvažování respondentů o klinické praxi a profesi klinického psychologa nebo psychiatra). Pro lepší orientaci v textu podotýkáme, že popisy jednotlivých zkušenostních konceptů (popř. jejich sub-konceptů) odpovídají obvykle jednotlivým odstavcům, pokud nejsou příliš úzce významově provázané. Podkapitola 5.3 pak spojuje obě tematické oblasti tím, že ze zkušenostních konceptů abstrahuje mechanismy, kterými se PCA uplatňuje v klinické praxi.

Zkušenostní koncepty o PCA, zkušenostní koncepty o klinické praxi a profesi, a mechanismy aplikace dohromady kotví teorii aplikace přístupu zaměřeného na člověka v kontextu klinické praxe.

5.1 Zkušenostní koncepty o PCA

V této podkapitole shrnujeme výsledky analýzy témat z prvního a druhého bloku: (1) „PCA v člověku“, (2) „PCA v praxi“, (3) Pohledy na teorii PCA, (4) Vývoj postoje k PCA, (5) Vztahové kvality – Výchozí postoje, (6) Vztahové kvality – Chování a jednání. Shrnutí a organizace získaných zkušenostních konceptů (významů, postojů, způsobů vnímání a uvažování atd.) nám opět o něco více zpřesní odpovědi na otázku „Co je pro respondenty PCA?“. Tato podkapitola konkrétněji odpovídá na to, jak respondenti vnímají a nakládají s PCA, jednak jako s celkem, a jednak s jeho principy. Jaké vnímají a jak nakládají s důsledky, silnými stránkami a limity přístupu.

Organizace zkušeností respondentů je poměrně složitá, jelikož se do vnímání přístupu silně promítají osobnostní dispozice každého respondenta, aspekty PCA a vliv kontextu klinické praxe a profese. Zkušenostní koncepty jsou na následujících řádcích řazeny od abstraktnějších ke konkrétnějším, od uvažování o přístupu jako takovém a jeho

teorii, k významu jednotlivých principů a jejich aplikaci. Analýza ukazuje, že zkušenostní koncepty o PCA sdílejí několik společných rysů. Jedním z nich (a to nejen v oblasti PCA) je velmi úzká spjatost teorie a praxe, (důsledky tohoto sejetí shrneme v závěru této podkapitoly). Dalším společným rysem může rovněž být skutečnost, že jak v teorii PCA, tak v praktickém uplatnění PCA principů jsou přítomna místa, kde se respondenti cítí jisti, a stejně tak oblasti, jež vzbuzují více pochybností a nejistot.

Na nejobecnější, abstraktní úrovni lze říct, že respondenti vnímají přístup zaměřený na člověka jako určitou výchozí a základní ideu. Popisují jej jako „základ“, „bázi“, „rámec“ či „ideál“. Tuto pozici PCA zaujímá jak v jejich osobním životě, tak v jejich životě pracovním. Po bližším prozkoumání jsme tento „základ“ konkretizovali jako základ ke vztahování se – k druhým lidem, k činnostem, ke světu i k sobě samému. Jinými slovy, respondenti vnímají PCA jako způsob, „jak se k věcem vztahovat“. Způsob vztahování pak přirozeně ovlivňuje to, jak věci dělají, jak o nich přemýšlejí a hovoří. Způsob vztahování zaměřený na člověka, tedy jak respondent smýšlí o druhých a sobě, jak koná atd., dobře ilustrují výše stanovené tzv. vztahové kvality – opravdovost, empatie, bezpodmínečné přijetí, víra v aktualizací tendenci, nedirektivnost a facilitace, partnerský přístup a lidskost (blíže se k nim vrátíme při reflexi praktického uplatňování principů PCA). Nijak nás nepřekvapí, že teorii vztahu a vztahování, kterou Rogers v rámci PCA rozpracoval, považují respondenti za hlavní přednost a silnou stránku přístupu.

Navzdory silnému základu ve vztahování, vnímají respondenti, že přístup je třeba obohacovat. Po teoretické stránce respondenti svou práci obohacují četbou a studiem literatury. Včetně nutného doplňování vzdělání, prostřednictvím odborné literatury čerpají inspiraci z jiných směrů. Beletrie zase často může být dobrou ilustrací spirituálního rozměru života. Teoreticko-praktické obohacování zajišťují kurzy a výcviky kratšího rozsahu. V rozhovorech byly zmíněny kurz Kids Skills (na řešení orientovaná terapie zaměřená na děti), výcvik v metodě Otevřeného dialogu (práce s širším sociálním kontextem klienta), výcvik PCA pro páry a rodiny, kurz poetoterapie (vyjadřování a integrace vnitřního prožívání skrze psaní a rozbor vlastní poetické tvorby), kurz Mindfulness-Based Stress Reduction (metoda zvládání stresu pomocí všímavosti) a výcvik zaměřený na tělo v psychoterapii.

Ačkoli je obohacování normální a nezbytnou součástí profesního růstu a zkvalitňování služby, z analýzy vyplývá, že v případě PCA jde rovněž o kompenzování a doplňování některých oblastí přístupu. Jedná se o oblasti, které respondenti vnímají jako nedostatečně zakotvené, popř. úplně chybějící v teorii (tím pádem i v praxi) PCA, kterou si osvojovali během výcviku. Jak částečně napovídá předchozí odstavec, respondenti reflektují

tyto limity PCA: (1) nedostatečně zmapovaná práce s rodinou a širším sociálním kontextem v duchu PCA, (2) nedostatečně zmapovaná práce s tělesnem (převažující verbální étos psychoterapie zaměřené na klienta), dále (3) nedostatek předepsaných „instantních“ psychoterapeutických technik, a také (4) nedostatečně rozvinutá teorie psychopatologie – konkrétně české zmapování přístupu zaměřeného na člověka z hlediska jednotlivých psychiatrických okruhů. Téma obohacování a limitů přístupu nás již posouvá na pomezí teorie a praxe.

Aplikace přístupu zaměřeného na člověka do praxe je mimo jiné spojeno s určitou nejistotou a ambivalentními postoji k teorii a principům PCA. Vnímání limitů PCA vede respondenty často k pochybnostem, jak o přístupu, tak i o sobě samých. Z analýzy vyplývá, že tyto pochybnosti respondenti zvládají, a tím pádem i kompenzují limity přístupu, dvěma způsoby. Buď se respondenti pro podporu obrací „dovnitř“, zpět k silným stránkám PCA – k vztahovým kvalitám – a připomenou si a uvědomí sílu opravdovosti, přijetí, aktualizací tendence, léčivost kontaktu a lidského dialogu. Toto uvědomění v podstatě znamená, že se respondenti vrací k sobě samým a spoléhají se na vlastní zdroje, což nakonec vede k tomu, že vnímané limity PCA vlastně zmizí. Druhou strategií ke zvládnutí pochybností je obrat „ven“, kdy se respondenti rozhodnou pátrat po zdrojích mimo přístup (studium jiných směrů, technik atd.), které by nedostatky přístupu doplnily (viz výše). Zdroje externí i interní podpory nacházejí respondenti v samostudiu, při sdílení s kolegy, nebo v supervizi či v účasti na odborných akcích. Střídavý odklon a příklon respondentů k přístupu vzbuzuje otázku, jak vlastně vnímají teorii přístupu zaměřeného na člověka?

Obecně analýza ukazuje, že vztah respondentů k teorii PCA je ambivalentní – někdy jsou respondenti schopni se o teorii opřít a vnímat její přednosti (šest nezbytných podmínek změny, koncept terapeutického vztahu), ale někdy jako by se jejich povědomí o teorii vytrácelo. Až na výjimku respondenta-psychiatra, který je zároveň výcvikovým lektorem PCA a zabývá se teorií přístupu hlouběji (porozumění a popisování dynamiky klientova procesu pomocí teoretických konceptů PCA), většina respondentů vnímá teorii jako méně důležitou, někdy až svazující a zatěžující. Reflektují její horší zakotvenost a nerozvinutost v českém prostředí. Pro některé je hůře uchopitelné podání základní teorie PCA (Rogersova „vyprávěcí forma“ výkladu). Ukazuje se, že toto vnímání posléze vede k určitému „rozplynutí“ teorie v praxi. Teoretické koncepty (i ty, skrze něž lze nahlížet na psychopatologii) zaujímají spíše latentní pozici, nejsou „živé“ v praxi respondentů. Respondenti se k teorii PCA obracejí jen minimálně, nebo vůbec. Obtíže v integraci teoretických konceptů, „bílá místa“ teorie, a důraz PCA na aspekty vztahovosti, které jsou

do jisté míry velmi přirozené – to vše podporuje u respondentů spíše intuitivní práci a kreativitu (vytvoření vlastního přístupu kombinováním PCA s jinými směry). Pozice teorie v profesní výbavě respondentů není natolik silná, aby bylo možné se na přístup stoprocentně spolehnout. V situacích pochybností (setkání s limity PCA), jež vede k hledání podpory, pak v praxi může docházet k celkovému znejistění, jak vlastně má vypadat přístup, který je „na člověka zaměřený. Tato nejasnost může dále vést např. k inklinaci ke stereotypnímu vnímání PCA jako pasivní „hm-terapie“ (Není větší aktivita psychoterapeuta – nabízení možností, postojů a nikoli jen přikyvování – již vybočováním z rámce PCA?). Zde již od pomezí teorie a praxe přesouváme pozornost k praktickému využití principů PCA.

Jak tedy dle respondentů vypadá přístup zaměřený na člověka v jejich praxi? Když odhlédneme od jejich zmíněných nejistot, respondenti vnímají veskrze pozitivní důsledky, které má přístup zaměřený na člověka konkrétně při aplikaci na jejich vztahy s klienty a pacienty. Vracíme se nyní k již zmíněným vztahovým kvalitám. Z analýzy výpovědí vyplývá, že bytí ve vztahu s klientem znamená zaujímání výchozích vztahových postojů (to, s čím do vztahu vstupují), které pak vedou k určitému chování a jednání. Jelikož význam opravdovosti, empatie, akceptace, nedirektivnosti, facilitace, partnerství a lidskosti a jejich důsledky pro vztah jsou podrobně rozebrány v rámci základní analýzy, na tomto místě shrneme pouze obecné závěry o tom, jak respondenti vnímají vztahové kvality coby činitele, které v praxi utváří jejich vztahy.

Obecně lze říct, že všechny vztahové kvality spojuje přirozenost, s jakou respondenti s těmito kvalitami zacházejí. Pro respondenty je do jisté míry přirozené říkat a dělat věci podle toho, jak cítí a myslí, vnímají přirozený soucit s druhým a přijetí druhého, a věří, že člověk „má vždy naději a sílu“. S těmito postoji je pro ně rovněž „snazší“ přistupovat k člověku nedirektivně a komunikovat s ním z partnerštější pozice. V rozboru výpovědí je také patrné, že nejen konání, ale i uvažování v intencích vztahových kvalit, přemýšlení o vztahu z hlediska PCA, je pro respondenty přirozené a snadné. Dokážou dobře zachytit a popsat, jaké důsledky má jejich způsob vztahování a jednotlivé vztahové kvality na prožívání klienta a jich samotných, a na celkový proces psychoterapie (např. reakce na vyjádřené přijetí, jak dialog s pacientem napomáhá k jeho celkové údravě atd.). Respondenty reflektované pozitivní důsledky aplikace PCA se víceméně shodují se závěry Rogersových výzkumů. Např. na straně klienta respondenti pozorují úlevnou katarzi prožívání, obnovu pocitu důstojnosti. Klient se také dle nich více otevírá a je více ochoten zabývat se sebou samým, a dokáže převzít zodpovědnost za vlastní léčbu. V roli psychoterapeuta respondenti, díky aplikaci PCA, zase pocítují vnitřní úlevu od nároků na sebe samého. Přístup jim

pomáhá lépe zvládat bytí s jinakostí a odlišností, a dokáže posílit jejich vytrvání ve vztahu a pěstovat všímavost k procesu. Celkově (technicky řečeno) po „aplikaci vztahových kvalit“ všichni respondenti vnímají zlepšení komunikace a interakce ve směru dialogické spolupráce a sdílení. Včetně pozitivních důsledků vnímají respondenti rovněž limity aplikace vztahových kvalit. Jsou si také dobře vědomi toho, kdo nebo co o hranicích rozhoduje (hranice mohou být vymezeny jak např. vlastním vnitřním nastavením, tak ale i stavem klienta kontraindikujícím PCA). V analýze si můžeme všimnout, že respondenti rovněž vnímají, že o vztahové kvality je třeba pečovat. Dělají tak prostřednictvím zejména kultivace kontaktu se sebou samým – pěstují vlastní všímavost a zabývají se vlastní opravdovostí.

Jak je patrné z analýzy vztahových kvalit, principy a celkové podání teorie přístupu (univerzálně platné vztahové principy) v jistém smyslu vybízí k velmi úzkému sepjetí přístupu s osobností pomáhajícího. Toto sepjetí se dále zrcadlí v rovině kontaktu teorie a praxe PCA, který, jak bylo zmíněno, je respondenty vnímán jako nejasně vymezený. Již samotné slovo „vztah“, naznačuje, že respondenti jsou do své praxe, tedy bytí ve vztahu s klienty, přirozeně velmi silně *vtažováni*. Vzájemné úzké propletení toho, co „patří“ respondentovi a co „patří“ přístupu, může občas ztěžovat oproštění se od praxe a náhled na teorii. Na tomto pomezí také vzniká a odehrává se obecné psychoterapeutické dilema: Respondenti jsou si vědomi, že teprve po opuštění, zapomenutí teorie, obrácení se k sobě samým a v bytí sebou samým, jsou schopni navazovat kvalitní vztahy a terapeuticky s nimi pracovat. Na druhou stranu úplné zapomenutí a nedostupnost *živé* teorie (ať už je to z jakýchkoli důvodů) může vést k pocitu nejistoty a neukotvení přístupu.

Úzké sepjetí přístupu a osobnosti se rovněž odráží v respondenty sdíleném přesvědčení, že PCA ze své podstaty nelze „dělat jako techniku“. Není možné přístup mechanicky aplikovat ani jako celek, ani jako jednotlivé principy, jelikož jeho podstatou je vztah. Z výpovědí respondentů je cítit, že PCA je pro ně vždy něco osobního něco, co je *odžíváno*. Přístup zaměřený na člověka není vlastně přístupem terapeuta ke klientovi, není to naplňování role. Jde spíše o přístup k životu vůbec – o způsob uvažování o životě a vztahování se k němu, o způsob bytí s druhými a se sebou.

5.2 Zkušenostní koncepty o klinické praxi a profesi

Cílem této podkapitoly je opět organizace zkušenostních konceptů respondentů, které byly nashromážděny v rámci analýzy témat z bloku 3 a bloku 4. Bloky 3 a 4 sdružují témata

(7) Diagnostika a její smysl, (8) Co je to psychoterapie, (9) Vztah k psychopatologii, (10) Zkušenost s medicínským modelem a praxí ve zdravotnictví, (11) Motivace k profesi, (12) Limity klinické praxe, (13) Výzvy klinické praxe, (14) Zdroje zvládání profese. Jak je patrné tato „polovina“ témat se vztahuje k různým aspektům klinické praxe a profese klinického psychologa či psychiatra. Touto kapitolou shrneme odpovědi na otázky: *Co je pro respondenty klinická praxe?* a *Co pro ně obnáší být klinický psycholog a psychiatr?*

Opět se budeme zabývat respondentovým vnímáním a dáváním významu za první profesi a praxi jako takovým (co respondenta motivuje k výkonu profese, jaké vnímá limity a výzvy ve své praxi, co jej podporuje ve zvládnutí profese), za druhé medicínskému modelu a konceptu psychopatologie, tedy filosofickým východiskům klinické praxe v Čechách (na Západě). Vnímání profese a její filosofie významnou měrou formuje způsob, jakým respondenti vnímají a provádějí základní klinické činnosti – diagnostiku a psychoterapii. Stejně jako v předchozí podkapitole tak i zde postupujeme od konceptů abstraktnějších, teoretičtějších (přesvědčení a postoje k filosofii klinické praxe) ke konceptům, jež reflektují praxi (přístupy ke klientům, ke klinickým činnostem).

Vnímání klinické praxe respondenty je ovlivněno několika úzce spojenými faktory. Jde o jakési „filtry“, skrze něž respondenti praxi nahlíží (jako celek i jako jednotlivé činnosti v jejím rámci). Následující odstavec je věnován popisu fungování těchto filtrů. V první řadě vnímání ovlivňují osobní dispozice. V tomto kontextu se jedná zejména o motivy, proč se respondenti rozhodli k práci v klinické sféře a daném zařízení. Ve výkonu praxe respondenty tedy pohání přesvědčení o smysluplnosti a skutečné potřebnosti, dále dobrý pocit ze zvládnutí něčeho náročného a z kontaktu s novým a odlišným, a celkový dojem fascinující a zajímavé práce. Dalšími motivy jsou touha praktikovat psychoterapii a touha porozumět člověku jako celku. K dílčím motivům výkonu klinické praxe, tentokrát v daném zařízení, řadíme touhu po nezávislosti (respondentka ze soukromé ambulance klinické psychologie) a možnost týmové práce (respondenti z psychoterapeutického stacionáře). Z těchto motivů již částečně vystupují některé konkrétní charakteristiky, kterými respondenti popisují klinickou praxi.

Jelikož koncepty si vytvářejí respondenti na základě *svých* zkušeností a *svého* způsobu fungování, je logické, že na tom, jak výsledné klinické koncepty vypadají a fungují, má určitý podíl rovněž PCA. K osobně-dispozičním filtrům tedy můžeme rovněž přiřadit i přístup zaměřený na člověka, který jako součást osobního i profesního nastavení a fungování významně ovlivňuje respondentovo vnímání praxe. PCA buď přímo vytváří nebo minimálně podporuje určité životní nastavení pro vnímání druhých a sebe samého (v duchu

opravdovosti, empatie, přijetí a důvěry v potenciál jedince). K zachování co největší přehlednosti analytických závěrů, a jelikož jsme vliv PCA na jednotlivé aspekty obšírně popsali v analýze každého z „klinických“ témat, v této části se tohoto vlivu dotkneme vždy jen krátce. Udržíme tak „PCA“ a „klinickou praxi“ co nejvíce oddělené pro závěrečné shrnutí. Jejich integrace, tzn. podrobné a ucelené shrnutí mechanismů a důsledků uplatňování PCA v klinické praxi, je obsahem podkapitoly 5.3, která je posledním pilířem zakotvené teorie.

Třetím důležitým filtrem vnímání je profesní role. Vnímání klinické praxe je dáno také tím, z jaké role respondent praxi nahlíží. Obecně platí, že klinické zkušenostní koncepty zachycují, jak respondenti vnímají určitou *profesní roli*, v níž klinickou praxi vykonávají. Zaujetí této role však zároveň zpětně přirozeně ovlivňuje vnímání okolí a druhých. Jak profese klinického psychologa, tak profese psychiatra v sobě integruje několikero rolí, které se ze své podstaty mohou značně odlišovat, a tedy i jinak modifikovat respondentovo vnímání. Role mohou sledovat různý účel, každá může vyžadovat trochu odlišný přístup respondenta vůči klientovi či pacientovi. Dle jejich výpovědí, respondenti ve své praxi ponejvíce zaujímají tyto role: „psychoterapeut“, „psychologický poradce“, „diagnostik“, „mentor“. V této práci bylo sledováno vnímání respondentů nejvíce z perspektivy role psychoterapeuta a role diagnostika, které respondenti v rozhovorech zaujímali nejčastěji.* Z analýzy klinických témat lze usuzovat, že vnímání klinické praxe skrze roli psychoterapeuta může implikovat některé výchozí postoje a hodnoty – např. orientaci na člověka jako takového, snahu o holistické vnímání, pozitivní přístup, důraz na vztah a spolupráci. Tento „psychoterapeutický“ filtr vnímání pak může ve větší či menší míře přispívat k určité averzi vůči těm aspektům klinické praxe, které potenciálně mohou tyto postoje a hodnoty potlačovat, pokud jsou vykonávány přísně v intencích tradičního medicínského modelu (např. role lékaře, standardizovaná diagnostika...). Argumenty *pro* tuto averzi lze rovněž nalézt i v samotné teorii PCA (direktivnost vs. nedirektivnost, paternalismus vs. partnerský přístup, vedení vs. facilitace, maska role vs. opravdovost atd.).

Podívejme se nyní, jaké konkrétní zkušenostní koncepty generuje vnímání skrze filtr osobních motivů, v kombinaci (popř. v úplném souladu) s PCA, a filtr profesní role. Začneme opět na obecné rovině vnímání klinické praxe jako celku a postupně přejdeme k vnímání jejích jednotlivých aspektů – filosofie a konkrétních činností.

* Je třeba říct, že do určité míry bylo toto vnímání podporováno orientací samotného výzkumu – zkoumání pozice PCA. Přístup zaměřený na člověka je primárně přístupem terapeutickým, poradenským, proto závěry o něm mohou více inklinovat tímto směrem.

Jak již bylo řečeno, jako celek vnímají respondenti klinickou praxi jako sice náročnou a někdy až „beznadějnou“, ale zároveň jako práci, která je smysluplná, zajímavá, a která je i „prostě baví“. Praxe v klinické sféře umožňuje jednak kontakt s druhými lidmi, který bývá pro respondenty obohacující díky velkým odlišnostem klientů a jejich poruch, jednak kontakt i se sebou samými. Obojí vyžaduje neustálou kultivaci vlastních schopností (všímavosti, trpělivosti...) a vnitřního světa (viz zdroje zvládání klinické praxe). Rozmanitost si v klinické praxi lze užít nejen z hlediska klientely, ale rovněž z hlediska možností pracovních prostředí. V rámci klinické praxe lze pracovat samostatně i v týmu, zaměřovat se úzce na jednu činnost nebo vykonávat více různých činností. Klinická praxe rovněž umožňuje praktikovat psychoterapii, která vytváří prostor realizovat vlastní vztahovost a jejím prostřednictvím pomáhat druhým.

Zkušenostní koncept „klinická praxe“ má své hranice a limity. Jsou jimi překážky, těžkosti, sporné oblasti/situace, v nichž se respondenti musejí intenzivněji obracet k svým zdrojům. Respondenti rozlišují tři typy limitů, které nějakým způsobem ohraničují výkon klinické praxe (tj. omezují ji a nutí k její modifikaci): (1) limity na straně přístupu, (2) limity na straně respondenta, (3) limity na straně klienta. Jak už bylo zmíněno, k limitům na straně přístupu patří absence ucelených teoretických konceptů PCA týkající se konkrétních psychiatrických okruhů v českém jazyce, problematiky rodiny a širšího sociálního kontextu a práce s tělem. Dalším vnímaným limitem přístupu je jeho časová náročnost. Na své straně respondenti vnímají tyto limity: nedostatečné uvědomění vlastních kompetencí (znalostí, schopností a dovedností), neznalost vlastních limitů a hranic (tj. nedostatečné uvědomění toho, že je něco nepříjemné, nepřekročitelné či příliš náročné) a nedostatek kreativity a nepřizpůsobivost. Limity na straně klienta zahrnují ty aspekty, které klientovi zabraňují využít psychoterapeutických, lékařských a diagnostických služeb klinického pracovníka. Může jít o klientova specifická očekávání a odlišné potřeby (vyžadování opory, direktivního vedení, nařízení od nedirektivního a partnersky přístupujícího psychoterapeuta). Nebo se klient či pacient nachází v takovém stavu, jež vylučuje daný druh péče. Tento stav je dán buď fyziologií duševní poruchy (poruchy vědomí, suicidální tendence atd.) nebo silou vůle a motivace jedince k léčbě (od nedostatku motivace při práci na sobě až k jejímu úplnému odmítání).

Jak naznačuje předchozí odstavec, respondenti vnímají, že jim práce v klinické sféře klade rovněž řadu výzev. Kromě popasování se s limity, považují respondenti za hlavní výzvu aplikaci přístupu zaměřeného na člověka do klinické praxe. Aplikace přístupu představuje výzvu nejen v méně zmapovaných oblastech psychopatologie a rodiny, ale

vůbec v samotném vztahu ke klientovi či pacientovi. Při práci s lidmi s duševní poruchou je pro respondenty občas těžké spolehnout se „jen“ na vztahové kvality (tj. spolehnout se vlastně „jen“ na sebe samého a svoji schopnost být ve vztahu) a kontinuálně tyto kvality kultivovat (což znamená udržovat kongruentní, empatický a přijímající kontakt nejen s klientem, ale i se sebou samým a svými potřebami; nejen v emočně náročných situacích, ale i v momentech těžké nudy).

Součástí zkušenostního konceptu klinické praxe musejí být rovněž zdroje jejího zvládnání. Jedná se o aktivity, které respondentům pomáhají jednak zvládnout těžké situace, a jednak klinické praxi vůbec vytrvat. Respondenti čerpají podporu, sílu a inspiraci externě (prostřednictvím supervize a různých vzdělávacích aktivit), nebo interně (všímáním a uvědomováním si vlastních kvalit – znalosti a dovednosti, motivace k profesi, trpělivost, vztahovost)

Limity a výzvy nám již zprostředkovávají některé konkrétní aspekty klinické praxe, k nimž se rovněž vážou další zkušenostní koncepty. Podívejme se na nejprve, jak respondenti vnímají a nakládají s filosofií západní klinické praxe.

Jak se čtenář mohl dozvědět v teoretické části, biomedicínský model představuje určité filosofické pozadí, které do jisté míry diktuje těm, kteří se v něm pohybují, jak se vztahovat k příjemci zdravotní péče a k nemoci, a jak s nimi nakládat. Pro respondenty je biomedicínský model jako celek významově zastoupen několika pro něj typickými činnostmi a několika typickými vztahovými kvalitami. Vnímají, že fungování v rámci medicínského modelu po nich vyžaduje činnosti klasifikace a hodnocení pacienta/klienta a administrativní vykazování klinických činností (vedení dokumentace a reportování diagnostických a psychoterapeutických úkonů). Dále respondenti vnímají některé typické kvality, jimiž se vyznačuje vztah mezi poskytovatelem a příjemcem pomoci, které následně generují typické chování a jednání. Vztah v rámci medicínského modelu se dle respondentů vyznačuje hierarchičností s nadřazeností pomáhajícího, redukcionistickým pohledem na pacienta se zaměřením na jeho problém/poruchu. Tyto výchozí postoje pak vedou k ochrannému a kontrolujícímu chování, v němž má lékař plnou zodpovědnost za pacienta. Vztah respondentů s medicínským modelem lze považovat za vztah tlaku a napětí, které způsobují averzi a nelibost. Respondenti vnímají biomedicínský model jako něco v zásadě pevně daného, neovlivnitelného ve větším měřítku. Je to něco, čemu je nutné se buď přizpůsobit (přijmout daná pravidla) nebo se vůči tomu vymezit (odklonit se od principů). Přizpůsobení se nebo vymezení jsou dva jediné postoje, jež respondenti cítí, že mohou vůči modelu zaujmout. Z analýzy usuzujeme, že toto poměrně úzké vnímání biomedicínského

modelu je dáno jednak přímou, negativní zkušeností respondentů s těmito principy v praxi, jednak pocíťovaným tlakem vystupovat a jednat obdobně.

Přijetí charakteristik je spojeno s mírnou nechutí, otráveností, a posléze s vyrovnáním se s něčím, co je nutné („zlo“). Provádění některých lékařských činností a zaujímání některých typických postojů je základní podmínkou k tomu, aby respondenti za svou praxi dostali zapláceno. Jako nutné pro „přežití“ praxe tedy respondenti akceptují ty charakteristiky medicínského modelu, jež jsou spojené především s administrativou a mezioborovou spoluprací – vedení dokumentace činností v míře vyžadované zdravotními pojišťovnami (vykazování činností, přidělování diagnózy), a v rámci vedení dokumentace užívají kategorizující a hodnotící jazyk medicíny a psychiatrie, aby se domluvili s dalšími odborníky (zdravotníky) pečující o klienta/pacienta. V závěru tohoto zkušenostního konceptu „přijímání medicínského modelu“ je třeba dodat, že ačkoli se respondenti staví k psychiatrické klasifikaci a hodnocení s určitou averzí, vnímají, že pro výkon klinické praxe je nezbytné je alespoň částečně ovládat. Jak již bylo zmíněno výše, potřebují je jak kvůli administrativě a mezioborové domluvě, tak ale i a k celistvějšímu porozumění dynamice duševního onemocnění.

Respondenti však nepřijímají biomedicínský model jako celek bez výhrad, tj. intenzivně přemýšlejí o tom, jak zdravotnictví funguje. V situacích, kdy pocíťují silný rozpor s osobními principy či principy PCA, se vůči medicínskému modelu vymezují. Vymezují se jednak na úrovni teorie tím, že si uvědomují některé limity a hranice filosofie medicínského modelu, jednak na úrovni praxe tím, že mění svůj přístup k člověku s duševní poruchou, k poruše jako takové a k léčbě. Shrňme nyní ve stručnosti, jak změna tohoto přístupu vypadá.

Dle zkušenostního konceptu, který respondenti sdílejí, lze duševní poruchu, psychopatologii vnímat jako něco, co je do určité míry esenciální součástí osobnosti. Je to osobní křehkost, jež se může projevit vlivem nejrůznějších okolností, anebo nemusí. Ze své povahy je duševní porucha obvykle trvalou a celoživotní záležitostí. Je třeba se s ní vyrovnávat, ať už jako s aktuálně žitou realitou, či jako s prodělanou zkušeností. Zkušenostní koncept duševní poruchy je rovněž ovlivněn PCA. Ten umožňuje respondentům nahlížet a popsat dynamiku duševní poruchy holisticky jako inkongruenci intrapsychických potřeb a vnějších vztahových okolností, jako nepoměr mezi oběma póly bytí – tím, co je „silné, životaschopné a funkční“ a tím, co je „nerozvinuté, bezmocné a nefunkční“. Tímto respondenti do jisté míry normalizují duševní poruchu a legitimizují její projevy pro jednotlivce, avšak stále aktivně reflektují i hranice společenské normality-patologie.

Toto chápání duševní poruchy se v praxi projevuje odlišným přístupem k jejímu nositeli. Tento přístup je opět ovlivněn principy PCA. Důležitým poznatkem je, že již samotná změna přístupu klientovi/pacientovi je významným krokem v léčbě poruchy. Na rozdíl od medicínského modelu se v léčbě klade důraz na vztah, nikoli však hierarchický a ochranný, ale co možná nejvíce partnerský a rovnocenný. Respondenti věří v odbornost klienta/pacienta v otázce jeho prožívání poruchy a v jeho vrozený potenciál toto prožívání pochopit a integrovat. Sami sebe považují za odborníky nikoli na duševní poruchu (její prožívání klientem), ale na provázení procesem porozumění poruše a kultivování vztahu. Podívejme se, jak se tyto postoje a přesvědčení odrážejí v léčbě – jakým způsobem se respondenti vymezují vůči medicínskému modelu v konkrétních klinických činnostech.

Zkušenostní koncept o léčbě duševního onemocnění je definován následujícími obecnými přesvědčeními, která sdílejí všichni respondenti: (1) léčba se odehrává ve vztahu klienta/pacienta s terapeutem, (2) jako taková je jejich společnou aktivitou, tvorbou, (3) klient/pacient a terapeut přispívají každý jiným druhem odbornosti, která je pro proces nezbytná, (4) zodpovědnost za léčbu je sdílená oběma stranami. Z analýzy vyplynuly tři hlavní činnosti, jimiž respondenti realizují léčbu klienta či pacienta: diagnostika, psychoterapie, předepisování medikace. Na rozdíl od medicínského modelu, který klinické činnosti poměrně striktně odděluje, respondenti tyto vnímají jako úzce propojené, jelikož, jak již bylo zmíněno, se odehrávají ve vztahu. S tím také souvisí užší propojení role experta-diagnostika s rolí průvodce a partnera-psychoterapeuta. V praxi se to projevuje tím, že ve všech těchto činnostech jsou přítomny nám již známé vztahové kvality, které působí psychoterapeuticky (i když se přímo neodehrává psychoterapeutické sezení). V tomto duchu může tedy i vyšetření obsahovat psychoterapeutické prvky (např. empatické vyjádření pochopení pro úzkost z testové situace). Rovněž k psychiatrické konzultaci k předepsání medikace respondenti-psychiatrii přistupují jako k potenciálně psychoterapeutické situaci – nabízejí medikaci jako jednu z možností, společně s klientem uvažují o její nutnosti, účelu a množství a výsledné rozhodnutí o předepsání nechávají na klientovi. A naopak součástí psychoterapeutického procesu je rovněž neustálá diagnostická práce – explorace, explikace – jak terapeuta, tak i klienta.

Podívejme se nyní trochu odděleně, jaké koncepty si respondenti vytvořili o diagnostice a psychoterapii. V oblasti diagnostiky se respondenti vymezují vůči medicínskému modelu, který vyžaduje „diagnostiku pro diagnózu“, tj. kategorizace a hodnocení klienta pouze za účelem jeho zařazení do příslušného psychiatrického okruhu. Taková diagnostika je málo užitečná pro klienta, zatěžující a rozptylující pro respondenta,

slouží jen k vykázání diagnózy pojišťovně. Respondenti naopak vnímají diagnostickou činnost jako dílčí nástroj porozumění. Za diagnostickou činnost považují nejen testování pomocí standardizovaných metod, ale zejména empatický rozhovor, v němž klient sám provádí exploraci a explikaci svého prožívání a jehož účelem je porozumět obtížím. V duchu PCA je „diagnostika pro klienta“ kooperací a spoluprací se vztahovými kvalitami (dialogickým sdílením, s opravdovostí a lidským přístupem, a se zájmem diagnostika o názor, pohled, řešení diagnostikovaného). Jejím předmětem je nikoli pouze klientův problém, ale jednak klient sám (jeho silné i slabé stránky, ale zejména jeho potřeby a prožívání), a jednak vztah (vztah obou účastníků mezi sebou a vztah každého z nich k sobě samému).

Do zkušenostní konceptu o psychoterapii jako klinické činnosti se opět promítá duch PCA, a zároveň subjektivní chápání této činnosti. Vnímání respondentů zde sdílí společné rysy: niternost, zaujetí, a jistá obraznost. Ty dokládají, že pro respondenty je psychoterapie jak „tajemným uměním“, tak „tvrdou dřinou“. Psychoterapii vnímají jako specifický způsob bytí a způsob myšlení. Psychoterapeutický způsob bytí se vyznačuje tím, že nechává věci svobodně růst pomocí vztahu za plné přítomnosti obou účastníků, kteří k sobě přistupují s přijetím, respektem a důvěrou. Způsob myšlení, jež respondent zaujímá během psychoterapie, je trpělivý a pozorující, a uvažující v souvislostech. Mohli bychom dodat, že psychoterapie může být i specifický způsob konání, jelikož respondenti vnímají psychoterapii rovněž jako tvorbu a práci, které je odborná, kreativní, intenzivní, pravidelná a oběma stranami chtěná. Tyto způsoby bytí, myšlení a konání mohou mít v psychoterapii různou hloubku (danou např. intimitou, opravdovostí či zvědavostí), čímž definují hranice této klinické činnosti.

Zkušenostní koncepty týkající se klinické praxe jsou stejně jako zkušenostní koncepty PCA živou interakcí osobností respondentů jak s filosofií medicíny, klinickými metodami a technikami, tak i s limity a výzvami, jež před respondenty klade praxe a nároky profese. Klinické zkušenostní koncepty nám rovněž dokládají, že přístup zaměřený na člověka *má* své místo v klinické praxi, a to nikoli jako pouhá alternativa k medicínskému modelu, ale díky důrazu na vztah a jeho kvality se PCA ukazuje plnohodnotný a funkční při léčbě osob s duševním onemocněním.

5.3 Mechanismy aplikace PCA do klinické praxe

PCA v klinické praxi představuje ideové, postojové a behaviorální východisko, které prorůstá skrze osobnost pomáhajícího. Přístup vyzývá k aktivnímu zaujetí specifických postojů a ke specifickému chování, zároveň tím však vybízí k odmítnutí, omezení jiných postojů a chování vůči člověku, jemuž pomáháme, a vůči nemoci, kterou léčíme. Postoje a jim odpovídající chování jsou zorganizovány do zkušenostních konceptů, z nichž některé jsou komplexnější povahy (o osobní filosofii a etice pomáhání, o filosofii medicínského modelu, o léčbě duševní nemoci atd.), a jiné se týkají již konkrétnějších aspektů praxe (o teorie přístupů, o praktických principech, o klinických činnostech – diagnostice a psychoterapii atd.). Dynamiku zkušenostních konceptů zajišťuje několikero společných vzorců vnímání, zaujímání postojů a chování. Jsou to aktivity a děje, které lze zobecnit jako určité meta-mechanismy. Tyto meta-mechanismy pak ukazují, jak lze PCA uplatňovat v praxi klinického psychologa a psychiatra. Zjednodušeně řečeno, jak vyplývá z analytických závěrů, po aplikaci následujících mechanismů můžeme označit přístup profesionálů jako „na člověka zaměřený“.

a) Všímavost a její reflexe

Základním mechanismem, kterým se PCA promítá do klinické praxe, je všímavost. Všímavost značí schopnost uvědomovat si a pojmenovávat uvědomované. V praxi přístupu zaměřeného na člověka se všímavost profesionála zaměřuje na tři základní proměnné.

Za prvé si profesionál uvědomuje sebe samého a svůj vlastní proces, tedy to, co se děje v jeho nitru (myšlení, cítění, dávání významu, prožívání). K sebe-uvědomění patří dále vědomí role, kterou profesionál v daný moment zastává (vědomí její specifické náplně a účelu, a jemných odlišností od jiných rolí). Ze všímavosti vůči vlastnímu procesu ještě vyzdvihneme uvědomování si vlastních motivů k činnosti („Proč vykonávám tuto profesi.“). Profesionál si dále uvědomuje, co konkrétně pro něj znamená „na člověka zaměřený“ v různých kontextech („Co PCA znamená a jak se projevuje v kontextu mého osobního života; jak mě motivuje; jak podle mě vypadá na klienta zaměřená diagnostika, psychoterapie atd.“).

Za druhé je všímavost zacílena směrem k druhému člověku. Profesionál si uvědomuje druhého člověka (klienta/pacienta) a jeho proces (jak jej viditelně prožívá, jak o něm přemýšlí, jak jej sdílí).

Za třetí si profesionál všímá toho, co je mezi oběma stranami, tj. vztahu, který je mezi ním a příjemcem pomoci. Všímavost vůči vztahu znamená, že profesionál je schopen si kontinuálně uvědomovat dílčí principy PCA, tj. jednotlivé vztahové kvality. U sebe i u svého klienta registruje projevy a důsledky empatie, opravdovosti, přijetí, aktualizací tendenci, nedirektivnosti a facilitace a partnerského přístupu.

Všímavost by měla být co nejvíce nezávislá na profesní roli – ať profesionál vykonává psychoterapii, diagnostiku či psychiatrickou kontrolu, vždy by si měl být vědom vlastního procesu a měl by být schopen s ním pracovat. Všímavost by rovněž měla být meta-kognitivním procesem, tj. profesionálem reflektovaná („Všímám si své všímavosti.“). Tato reflexe buď zůstává pouze niterná, nebo ji profesionál sdílí s druhým člověkem.

b) Realizace vztahovosti

Dalším obecným mechanismem průniku PCA a klinické praxe je realizace vztahovosti, což znamená, že profesionál aktivně zachází se vztahovými kvalitami (výchozími postoji a chováním, jednáním). Uvědomuje si je a kontinuálně se snaží je udržovat na vědomé úrovni („Vím, že nyní jsem opravdový, protože říkám to, co cítím.“).

Aby mohla být vztahovost realizována, nestačí si vztahové kvality jen uvědomovat, ale je třeba si vztahové kvality „přivlastnit“. Přivlastněním rozumíme, že profesionál si na základě nejen teorie PCA, ale zejména osobní vztahové zkušenosti vytváří síť významů vztahových kvalit. Jinými slovy, neustále aktivně tvoří v praxi zakotvené teorie empatie, opravdovosti, akceptace, nedirektivnosti a facilitace, aktualizací tendence atp.

Dále profesionál vztahové kvality komunikuje. Prostřednictvím již konkrétních verbálních i neverbálních kanálů kvality jsou vztahové kvality sdíleny – jsou vyzařovány i absorbovány. Vztahové kvality vyzařované profesionálem se stávají skutečně účinnými až ve chvíli, kdy jsou vnímány a následně přivlastněny klientem. Profesionál by měl být odborník na komunikaci vlastních vztahových kvalit a jako takový by měl zprostředkovávat situace otevřeného a bezpečného dialogu, v nichž se klient sám může učit s těmito kvalitami zacházet.

Opakovaným uvědomováním si, přivlastňováním a komunikací profesionál kultivuje vztahové kvality a žije vztah. To samé se rovněž učí provádět i klient. Stejně jako všímavost, tak i vztahovost by měla být nezávislá na profesní roli a činnostech vykonávaných v rámci těchto rolí. Prostřednictvím vztahovosti PCA do jisté míry stírá rozdíly mezi rolemi (psychiatr vs. psychoterapeut) i statusy (poskytovatel vs. příjemce pomoci). Přístup zaměřený

na člověka se tedy postupně snaží jednak vyrovnávat vztah „lékař-pacient“ k vzájemnějšímu „facilitátor-klient“, a jednak obnovovat vztah „člověk-člověk“.

c) Explorace a explikace

Explorace a explikace, tedy zkoumání a dávání významu, jsou nejen mechanismy, skrze něž se PCA dostává do klinické praxe, ale zároveň je lze označit jako jedny z mála skutečných diagnosticko-terapeutických technik PCA, které slouží k porozumění procesu a následně daným obtížím. Esence „zaměřenosti na člověka“ v exploraci a explikaci vystupuje ze skutečnosti, že těmito nástroji aktivně disponuje nejen profesionál, ale díky vztahové vzájemnosti je v různé míře užívá i klient sám ve všech klinických činnostech (při diagnostice, psychoterapii i psychiatrické konzultaci).

PCA se uplatňuje v klinické praxi v momentě, kdy explorace má (1) terapeutický (léčebný) potenciál a (2) je aktivně prováděna samotným klientem. Explorace s terapeutickým potenciálem sleduje v první řadě potřeby klienta (ať už jde o potřebu porozumění sobě samému, či „jen“ o potřebu kontakt), a až poté potřeby odborníků (vykázat činnost, zhodnotit a zařadit poruchu, navzájem si porozumět). Na této úrovni rozlišujeme „diagnostiku pro klienta“, v níž se uplatňuje PCA, a tradiční medicínskou „diagnostiku pro diagnózu. Druhá podmínka – aktivní sebe-explorace – znamená, že klient jakožto odborník na vlastní proces sám pojmenovává a hodnotí vlastní prožívání a profesionál jej pouze v rozhovoru facilituje. Skrze širší pojetí explorace (jejímž smyslem je jak porozumění, tak léčba jako taková, a kterou aktivně užívá profesionál i klient) PCA sblíží klinické činnosti – diagnostiku a psychoterapii.

Mechanismus explikace vytváří určitý filtr, skrze nějž lze nahlížet a chápat člověka, jeho poruchu, a léčbu v duchu přístupu zaměřeného na člověka. Explikaci opět provádí profesionál i klient tím, že oba hledají a dávají význam svému prožívání a vzájemnému vztahu. Toto vysvětlování (sobě sama a druhému) slouží nejen při diagnostice obtíží, ale samo má rovněž terapeutický (léčebný) potenciál. Stručným výsledkem explikace, a tedy odrazem PCA v klinické praxi, je (1) profesionálovo chápání člověka jako plnohodnotné, vztahové, stále se aktualizující bytosti, (2) chápání poruchy jako inkongruencí autentických potřeb člověka a požadavků okolí, a (3) chápání léčby jako porozumění svým zkušenostem, potřebám, prožívání, a následně jejich integrace s požadavky okolí.

d) Přivlastňování a utváření praxe

Jelikož značná část prakticky uplatňovaného PCA leží v osobnosti (je to způsob bytí, myšlení, vztahování atd.), po jeho aplikaci zákonitě dochází k modifikaci jednotlivých klinických činností dle osobností profesionála a klienta. Výrazem průniku PCA do klinické praxe je tedy i skutečnost, že jednotliví aktéři si praxi *přivlastňují*, autenticky ji *vytvářejí*.

Profesionál si v různé míře uzpůsobuje jednotlivé klinické činnosti tak, aby byly v souladu s jeho osobním nastavením (tedy i s PCA, který je jednou ze složek osobního nastavení) a osobním smyslem profese. Přivlastnění praxe s sebou zákonitě nese naopak i omezování, popř. odmítání procedur, které v souladu s osobním nastavením a smyslem pomoci nejsou (např. odmítání rozhodování za klienta, který je toho schopen sám). S nadsázkou můžeme říct, že profesionál dělá mnoho věcí „podle sebe“ a „se zapojením sebe samého“, protože si opakovaně ověřil, že to klientovi přináší větší prospěch, než kdyby se spoléhal pouze na předepsané postupy. Součástí procesu přivlastňování klinické praxe je kombinování principů PCA s principy medicínského modelu. Přístup zaměřený na člověka a medicínský model jsou dvěma optikami, skrze něž profesionál pohlíží odděleně i současně na různé aspekty své praxe. Například při administraci testů profesionál vědomě působí více empaticky a podpůrněji, než doporučují diagnostické standardy, čímž zároveň naplňuje terapeutický potenciál diagnostické situace (své působení následně samozřejmě zohledňuje při interpretaci metod), a na druhou stranu je např. schopen zachovat kategorizující a hodnotící přístup, když se potřebuje domluvit s jinými odborníky.

Přístup zaměřený na člověka vyzývá i klienta samotného, aby si přivlastnil praxi. Činí tak prostřednictvím vztahu profesionála a klienta, který staví na spolupráci a kooperaci. Diagnostickou činnost si klient přivlastňuje tím, že sám vykonává sebe-exploraci a explikaci. Sám sebe diagnosticky pozoruje a hodnotí. Pozorováním a uchopováním sebe samého (emocí, pocitů, myšlenek...) se pak klient učí i uvolněně sám sebe prožívat. Takto si přivlastňuje i činnost psychoterapeutickou.

Mechanismus přivlastňování a utváření činí každou jednotlivou klinickou činnost (každé psychoterapeutické sezení, každé testování) do jisté míry jedinečnou, jelikož jejími aktéry jsou dvě jedinečné osoby v jedinečném vztahu. Proto i principy PCA hrají různými odstíny podle toho, jak a v jaké míře je daný profesionál uplatňuje a kombinuje s jinými přístupy (různé způsoby projevu opravdovosti, empatie a přijetí, selektivní užívání psychiatrické klasifikace atd.), a podle toho, jak s těmito principy nakládá jeho klient (jak je vnímá a prožívá, jak je sám vyjadřuje).

Výše uvedené koncepty a z nich vyplývající mechanismy aplikace PCA do klinické praxe jsou finálním produktem analýzy a naplňují výzkumný záměr této práce. Reflektují zkušenost respondentů s různými aspekty klinické praxe – s diagnostikou, (psycho)terapií, s etikou a různorodou filosofií pomáhání (kombinace PCA a medicínského modelu), nebo s profesí a profesionalitou. Způsoby, jakými respondenti vnímají a zvýznamňují realitu profese klinického psychologa či profese psychiatra, a jak s touto realitou zacházejí, se spojují v meta-mechanismech všímavosti, realizace vztahovosti, explorace a explikace a přivlastňování praxe. Tyto mechanismy zachycují dynamiku uplatňování přístupu zaměřeného na člověka při vztahování se k druhým lidem, k sobě samým a ke klinickým činnostem. Ucelená teorie zkušenosti s aplikací PCA je novým motivem v probíhající, rozmanité integraci tohoto přístupu do kontextů klinické praxe.

6. DISKUZE

Hlavní část diskuzní sekce se věnuje dvěma tématům, v nichž srovnáme ve výzkumu zakotvené závěry (teorie zkušenostních konceptů a mechanismů aplikace PCA do klinické praxe) s teoretickými východisky práce (teorie PCA, nové koncepty PCA ve vztahu ke klinické praxi, východiska profesí klinického psychologa a psychiatra). Toto srovnání má částečně formu úvahy. Zarámování výsledků přispívá k jasnějšímu čtení výzkumných závěrů, ale zároveň se tím otevírají i hlediska nových kontextů (účinné faktory psychoterapie, „zaměřenost na člověka“) a nová dilemata, která naznačují možné cesty dalšího výzkumu. Nedílnou součástí diskuze je poté bilancování limitů výzkumu a vyjádření se k některým metodickým problémům, jež provázely realizaci výzkumu a ovlivnily podobu získaných závěrů. Diskuzní sekce je zakončena shrnutím přínosu výzkumných zjištění při uplatňování PCA v kontextu klinické praxe. Jelikož následující text zcela jistě neošetřuje všechna sporná místa obsahu a formy práce, či limity ve výzkumném provedení, diskuze slouží zároveň i jako výzva čtenáře k vlastnímu zamyšlení.

6.1 Co znamená „na člověka zaměřený“?

Ačkoli výsledky výzkumu poodhalily celou řadu významů, které má pro respondenty výraz „na člověka zaměřený“ (obecně základ ke vztahování se a základ k činnosti), zůstávají zjištění této části výzkumu stále na jakési obecné úrovni a poměrně nejasná. Co to vlastně znamená „zaměřený na člověka“? Na tuto otázku se pak nabalují další otázky, které se vztahují ke konkrétním aspektům PCA („jak na psychopatologii“, „jak využít koncept aktualizací tendence“, „kde jsou meze opravdovosti“), a které vytváří jakousi mlhu, skrze níž praktici PCA vidí jen obrysy východisek a základů PCA. Na následujících řádcích se pokoušíme tuto mlhu trochu rozehnat a poskytnout odpovědi či alespoň vodítka k objasnění některých problematických aspektů teorie a praxe PCA.

Výsledky výzkumu vynesly na světlo (kromě jiných) jeden z bodů kritiky PCA, a sice nadužívání nálepky „na člověka zaměřený“, na který upozorňují odborníci Wilkins, Thorne a Mearns (1999/2000/2003 in Šiffelová, 2010, s. 90). Co všechno vlastně spadá do přístupu zaměřeného na člověka? V čem je tento přístup specifický, co jej odlišuje od jiných humanistických psychoterapeutických systémů? Výzkum ukázal, že definovat „zaměřenost na člověka“ je obtížné i pro samotné „rogeriány“, tedy profesionály, kteří absolvovali výcvik v PCA a ve své praxi se k němu hlásí.

Až na výjimku respondenta-výcvikového lektora, mají respondenti tento přístup spojený zejména se vztahováním – PCA je pro ně především způsob vztahování. Na prvním místě je třeba tedy zmínit, že pocit mírné nejasnosti přístupu se může odrážet i ve vnímání vztahových kvalit. Nikoli že by nebylo možné se na vztahové kvality spolehnout (podobně jako případě teorie přístupu), ale nejasnost je dána spíše jakousi implicitní *univerzalitou* těchto kvalit. „Na člověka zaměřený“ pro respondenty totiž znamená být ve vztahu nejen *opravdový* (popř. *kongruentní* – o tomto, pro PCA typickém, odborném konceptu bylo opět referováno jen okrajově!), *přijímající*, *empatický*, *nedirektivní*, ale i *vnímavý*, *partnerský*, *laskavý*, *soucitný lidský*. Když tedy respondenti popisují význam vztahových kvalit (jak je chápou, jak je projevují), nelze v některých případech jednoznačně rozlišit, zda považují danou vztahovou kvalitu za specifickou pro PCA, nebo je pro ně spíše součástí obecné etické citlivosti, kterou by měl mít každý psychoterapeut bez ohledu na přístup (lidskost, sympatie, chápavost...). Určité projasnění v otázce univerzality (vztahových) principů PCA nám může poskytnout následující odstavec.

Vztahové kvality – opravdovost, empatie, bezpodmínečné přijetí, víra v aktualizací tendenci, nedirektivnost, partnerství a lidskost – rovněž figurují ve zkušenostních konceptech respondentů jako silné stránky PCA a jako zdroje podpory pro zvládání praxe. Pokud se na ně však podíváme z perspektivy klienta či pacienta, vztahové kvality představují rovněž faktory, skrze které se realizuje terapeutická změna (bez ohledu na to, zda jsou uplatňovány v procesu psychoterapie nebo jiné klinické činnosti). Navíc je většina těchto faktorů považována za účinné nejen v rámci PCA, ale napříč různými psychoterapeutickými přístupy. Univerzalitu některých vztahových principů, jež jsou typické i pro PCA, dokládá Bruce Wampold ve svém kontextuálním modelu psychoterapie (Wampold, 2015, s. 270–277). Kontextuální model funguje na základě tří mechanismů, jakýchsi cest změny: (1) opravdový mezilidský vztah, (2) vytváření očekávání prostřednictvím vysvětlení poruchy a související léčby a (3) provedení (až „sehrání“) úkonů podporujících zdraví (tamtéž, s. 270). Bytí ve vztahu a formování očekávání jsou procesy, které vytvářejí pozadí pro terapeutické akce. Hlavními činiteli v kontextuálním modelu jsou pak tzv. společné faktory: spojenectví, empatie, přijetí, očekávání, kulturní přesvědčení, vlivy ze strany terapeuta (schopnost vytvořit terapeutickou alianci, schopnost facilitace, interpersonální dovednosti, profesní sebereflexe, celkově „terapeutický“ způsob bytí) (tamtéž, s. 272–274). Můžeme si všimnout, že téměř všechny faktory jsou v nějaké formě a různé hloubce obsaženy v teorii PCA a ve výzkumu se o nich respondenti zmiňují (i když občas pod jiným označením). Respondenti vnímají partnerský přístup (v kontextuálním modelu: „spojenectví“ a

„přináležitost), důraz na dobrý kontakt („schopnost vytvořit terapeutickou alianci“), sílu přijetí, nedirektivní a podpůrný přístup („facilitativní schopnosti terapeuta“) jako silné stránky PCA. V čem jsou tedy vztahové kvality (empatie a bezpodmínečné přijetí atd.) v rámci PCA jiné od těchto stejných kvalit v rámci jiných přístupů?

Respondenti se v souvislosti s PCA dále zmiňovali i o těch společných faktorech, které nesouvisí přímo se vztahovostí. Příkladem může být práce s normou a normalitou (kulturní přesvědčení), kterou respondenti reflektovali při práci s pacienty s duševní poruchou (viz analýza vztahu k psychopatologii). Respondentův důraz na společné porozumění (aby terapeut rozuměl systému významů klienta a aby klient rozuměl diagnóze a léčbě) je logicky podmíněn rámcem klienta. Respondent musí při vysvětlování poruchy klientovi mít stále v potaz jak rámec poruchy („je normální, že cítíte nechuť k životu, když se vám v životě děje toto“), tak ale i rámec socio-kulturní („spáchat sebevraždu může být srozumitelné, ale v naší společnosti a kultuře to prostě normální není“).

Dalším sporným faktorem, který byl ve výzkumu klasifikován jako vztahová kvalita, je lidskost. V otázce, zda je tento faktor součástí teoretického rámce PCA nebo je vnímán spíše jako o obecný etický aspekt psychoterapie, nebyli respondenti opět jednotní (viz Vztahové kvality – Chování a jednání). Nicméně, dle Wampolda, patří lidskost (humanismus) k účinným faktorům, které jsou společné řadě psychoterapeutických přístupů. Stejně jako ze zkušenostních konceptů respondentů, tak i z výzkumu Wampolda vyplývá, že lidskost figuruje spíše jako faktor ateoretický, nadřazený. Konkrétně psychoterapii Wampold považuje za takový druh léčby, který je specificky lidský, jelikož funguje na základě charakteristik člověka (např. dávání významu věcem, vytváření očekávání, ovládání sebe sama) a užívá specificky lidské, do jisté míry přirozené chování jako „nástroje“ léčby (např. snaha o sounáležitost, propojování s druhým, péče o druhého, empatické pochopení) (2012, s. 445–449).

Mnohovýznamnost konstruktů „zaměřenosti na člověka“ a univerzálnost vztahových kvalit nás zákonitě přivádí k tomu, že samotná teorie PCA je vlastně velmi všeobjímající, univerzální nebo tak přinejmenším často v literatuře vyznívá (bez ohledu na přístup nelze nesouhlasit např. s nezbytností souladu terapeuta se sebou samým, silou přijetí a empatie při snaze o změnu u druhého atd.). Ačkoli odborná literatura, která je dostupná v češtině, již zmapovala účinné faktory psychoterapie (např. Vymětal, 2004, s. 115–126; Yalom, 2016, s. 91–124), mezi nimiž může čtenář sám najít principy PCA, literatura v češtině sama příliš nereflektuje tento průnik. Nezabývá se jemnými nuancemi výrazu „zaměřený na člověka“, které, jak dokazují předchozí řádky, přesahují rámec PCA. Jako by nebylo možné jasně určit,

co je pro přístup zaměřený na člověka specifické. Čím se vlastně liší od jiných psychoterapií humanistického proudu? Wilkins (2015) píše, že terapie vycházející z principů přístupu zaměřeného na člověka jsou velmi různorodé (focusing, zážitkové terapie, expresivní a kreativní terapeutické přístupy) (s. 8). PCA samotný ale představuje základnu pro tyto přístupy a spojuje je skrze principy, které jako první definoval Rogers: (1) víra v nadřazenost aktualizací tendence, (2) vztah růstu poháněný aktivním a pozorným uplatňováním „*nezbytných, dostačujících podmínek*“ ustavených Rogersem, (3) nedirektivní přístup, (4) právo na autonomii a sebeurčení, (5) ne-expertní, partnerský přístup, (6) nepřebírání kontroly nad procesem, (7) nepotřebnost aplikace jiných podmínek, metod a technik, (8) holistický přístup (Sanders, 2004, Rogers, 1957, in Wilkins, 2015, s. 8–9).

Když je profesionál tzv. „zaměřený na člověka“ znamená to tedy, že je praktikem konkrétního psychoterapeutického přístupu nebo vykazuje „pouze standardní“ psychoterapeutické a etické kvality? Je PCA vnímáno českými praktiky nakonec skutečně „jen“ jako prázák pro prostého lidského pomáhajícího vztahu, kterým se Maslow a Rogers vymezili vůči chladné neutralitě psychoanalytika a striktní direktivnosti behavioristy? Nebo je to přístup, který má vyvíjecí se moderní koncepci a reaguje na klienta či pacienta současné doby a na jejich potíže?

6.2 Interakce paradigmat – PCA „stále proti“ medicínskému modelu

Ačkoli se respondentům poměrně dobře a efektivně daří aplikovat PCA v klinické praxi, výzkum zachycuje stále poměrně silnou tenzi mezi oběma ideovými východisky jejich profese – PCA a medicínským modelem. Respondenty spojuje jakési sdílené „antipsychiatrické“ ladění – „systém je špatně, víme to, ale pokud chceme dělat to, co umíme a máme rádi, jsme stejně nuceni se mu přizpůsobit“. Jako kdyby si respondenti stále museli vybojovávat svůj prostor v systému, jehož hranice jsou v „trpěném“ souladu s medicínským modelem („někdy to tak udělám, když to má číst někdo jiný“). Uvnitř tohoto prostoru respondenti mohou pracovat více ve shodě s vlastními hodnotami a v duchu „jejich“ PCA. Tento prostor přitom není nijak velký a respondenti jej často musejí hájit s pocitem nedorozumění s jinými odborníky, s pocitem izolace a občas až bezmoci při střetu zcela odlišných pohledů na člověka a péči o něj. Zůstává otázkou na kolik jsou tyto pocity a opozitní postoje vlastně běžné? Mohlo by to být vůbec jiné?

Na tuto otázku nám částečně poskytuje odpověď Engel (1977) a Wampold (2012/2015). O aplikaci PCA v klinické praxi stále ještě hovoříme jako o *změně*

paradigmatu, která se však provádí velmi těžce. Ukažme si dva důvody, proč to vlastně nejspíš ani jinak nejde.

Prvním důvodem je, že PCA je v klinické praxi stále nahlížen z perspektivy medicínského modelu, tedy jako alternativa, jelikož medicínský model zůstává stále naším „lidovým modelem“. V západní společnosti představuje nejen paradigma fungování zdravotnictví, ale je rovněž paradigmatem kulturním. Přesvědčení o tom, co je to nemoc (chyba v biochemickém a neurologickém procesu) a jak ji léčit (procesům odpovídající farmakologická intervence), je totiž hluboce zakořeněno v naší kultuře. Je konstantně a systematicky sdíleno – předáváno od útlého věku výchovou, vzděláváním a vůbec sociálním působením (Engel, 1977, s. 130). Pro většinu zdravotnických odborníků je medicínské uvažování po dlouhou dobu jediné možné, ale i zároveň velmi přirozené. Proto pro ně může být přístup zaměřený na člověka nepochopitelný až nebezpečný, jelikož ve své podstatě představuje radikální opak medicínského modelu. Prosazuje změny od důrazu na mezilidský vztah a na profesionálovu psychiku (kongruence terapeuta), přes sdílení zodpovědnosti a postoupení moci nad léčbou (nedirektivnost, facilitace, expertiza pacienta), až k odmítání diagnostiky a psychiatrické klasifikace, a zavádění vlastních „podivných“ označení („inkongruence“ na místo poruch atd.) (Wilkins, 20, s. 5–7). V tomto světle se pak rodí situace odvěkého napětí mezi „tradicí“ a alternativou“, které pocít'ují pravděpodobně více praktici PCA, jelikož jsou v názorové menšině.

Druhým důvodem, proč může být pro profesionály těžké nevnímat medicínský model jako dominantní paradigma (a tím pádem se vůči němu nevymezovat tak ostře, nebo naopak jej tak rychle neopouštět), je skutečnost, že logicky i sami klienti a pacienti v jeho rámci žijí. Jelikož jsou součástí západní populace, klienti a pacienti si přirozeně vysvětlují vlastní obtíže (jejich příčiny, důsledky a možné zvládnutí) způsobem, který vychází z filosofie medicínského modelu. Mají tedy tendenci vnímat více spíše somatickou stránku nemoci/poruchy a somaticky ji i zvládat, tj. užíváním příslušných léků. Pro mnoho klientů a pacientů naopak může být těžké pochopit a připustit si, že jejich problémy mohou pramenit z toxických sociálních vztahů, poruch komunikace či dokonce narušeného vztahu k sobě samým, a že somatické symptomy jsou jen závěrečnou reakcí těla na psychickou zátěž. Jak píše Wampold, význam, který klient přisuzuje poruše, je jedním z účinných faktorů psychoterapie. Na tom, jaký význam klient přisuzuje psychickým jevům (jakou má *teorii mysli*), pak tedy závisí, zda se dokáže vztáhnout k vlastnímu psychickému životu a zaobírat se jím (a tak se i léčit) (Wampold, 2015, s. 445–446). Psycho-dynamické vysvětlení obtíží a psychoterapeutický způsob jejich léčby může být nepochopitelné pro klienty či pacienti,

kteří považují za obtížné zabývat se psychikou či spiritualitou. Takoví klienti pak mohou být i méně motivováni k léčbě duše. Mohou tlačit (často nevědomky) lékaře či psychoterapeuta do takového způsobu léčení, kterému oni sami rozumí. Tedy léčbě jen tělesných symptomů, protože tak je to v kultuře „normální“, a tedy „bezpečnější“ (rychlejší, méně namáhavý atd.). Tento postoj je vyjádřen frází: „Chci jen napsat léky“.

Jak můžeme vidět, profesionál-rogerián tedy může čelit tlaku na svůj přístup i sebe samého nejen ze strany idejí zdravotnického systému, ale i ze strany těch, kterým pomáhá. Tlak klientů a pacientů je pravděpodobně mnohem náročnější zvládnout, jelikož se děje v úzkém, intimním vztahu. Je více nenápadný a vytrvalý, a vyžaduje jak neustále zkoumání významů, skrze které jedinec chápe sebe samého a svoji léčbu, tak i přivlastňování a budování významů nových, adaptivnějších.

Ačkoli práce naznačuje spíše negativní postoj k některým aspektům medicínského modelu, je důležité zmínit, že ne všechny aspekty respondenti hodnotili jako čistě nátlakové. Například ačkoli z pohledu PCA může být jazyk psychiatrické klasifikace příliš hodnotící a patologizující, v rovině kontaktu s jinými odborníky může být užitečný. Jazyk bez úzce oborových termínů a konstruktů typických pro dané přístupy (např. „introjekt“, „aktualizační tendence“), může výrazně usnadňovat komunikaci, jak mezi odborníky z různých oblastí, tak mezi pomáhajícím a klientem. Opět si však můžeme klást otázku, nakolik je tento obecný psychologický jazyk podmíněn socio-kulturně? Není pro nás vlastně normální vyjadřovat se „hodnotícím“ způsobem? Každopádně společná jazyková platforma má potenciál účinně spojit PCA a medicínský model.

V teoretické části jsme prezentovali některé další oblasti, v nichž se kombinují principy PCA a medicínského modelu. Jedná se zejména koncepty diagnostické a intervenční (např. v Diferenciálním modelu inkongruence psychoterapeut užívá psychiatrického klasifikačního systému k popsání různých forem inkongruence). Závěrečným postřehem této podkapitoly je, že respondenti možná sami částečně posilují bariéru“ mezi PCA a medicínským modelem tím, že, až na výjimky (např. PCA pro páry), nové koncepty psychopatologie či diagnostiky zaměřené na člověka spíše nevyužívají (alespoň ne natolik vědomě, aby o nich hovořili). Jak naznačují výsledky výzkumu (viz např. vnímání teorie PCA), důvodem může být, jednak že respondenti nové koncepty vlastně tolik nepotřebují (praxe všech je dobře zaběhnutá a fungující), jednak že tyto koncepty jsou teoreticky i prakticky nedostupné v českém jazyce (absence odpovídajících kurzů a literatury).

6.3 Limity výzkumu

Jelikož jsou data v rámci této práce zpracovávána kvalitativně, vždy zůstává otázkou, zda je výzkum dostatečně nasycen a zda by se s případnými dalšími rozhovory neobjevila nová témata či se nezpřesnila témata stávající. Nicméně, současný rozsah výzkumného materiálu (přibližně 50 stran doslovných přepisů od pěti respondentů) již tak představoval výzvu za předpokladu, že data byla analyzována v částečně fenomenologickém duchu, jak po stránce obsahové, tak formální.

Dalším limitem výzkumu je možná příliš obecné stanovení výzkumného záměru. Analýza témat ukázala, že téměř v každé ze čtrnácti stanovených kategorií se výzkumný záměr – zmapovat zkušenost s aplikací PCA do klinické praxe – vždy nějakým způsobem odrazil (aplikace teorie, aplikace v diagnostice, aplikace v psychopatologii, aplikace do profese jako takové atd.). Výzkum je značně široký, dotýká se mnoha oblastí, a některé z nich by zasloužily více pozornosti v hlubší analýze. Výsledek mapování celkové zkušenosti respondentů bylo poměrně obtížné ohraničit, aby byl soudržný. Interpretace pouze několika témat se nyní jeví jako jednodušší na provedení a mohla by přinést konkrétnější podobu PCA v daných kontextech.

S tímto aspektem souvisí další metodický limit, a sice tematická šíře otázek pokládaných v rozhovoru. Stanovení menšího počtu okruhů rozhovoru (např. význam PCA, význam práce v klinické sféře) v kombinaci s podrobnějším a strukturovanějším doptáváním by mohlo přinést konzistentnější a jasněji ohraničené výsledky.

Jako určitý obsahový limit práce se možná jeví omezení výzkumného záměru pouze na české prostředí – provedení rozhovorů s českými respondenty, vycházení z českých zdrojů. Kromě zmapování toho, jak je PCA etablované v české klinické praxi, by dalším výzkumným krokem mohlo být srovnání se zahraničním. Anglická literatura uvedená ve zdrojích ukazuje, že zejména ve Velké Británii, Německu a Spojených státech, je integrace PCA a medicínského modelu systematictější a asi i efektivnější.

6.4 Přínos výzkumu – Mechanismy integrace a síla setkání

Stejně jako v případě mnoha, již zmíněných, úseků a témat, tak i nyní můžeme přínos této práce přiřadit k oblastem teoretickým a k oblastem praktickým. Hlavním přínosem, kterého bylo dosaženo naplněním výzkumného záměru, je odhalení různých aspektů spojení PCA a klinické praxe, a to jak v již dosaženém teoretickém poznání, tak i nově ve zkušenostech respondentů. V teoretické části, na základě studia ideových východisek

klinické praxe (přístupu zaměřeného na člověka a medicínského modelu) v kombinaci s analýzou novějších konceptů psychopatologie a diagnostiky jsme odhalili některé meta-mechanismy integrace PCA a medicínského modelu. V analýze zkušenostních konceptů klinických psychologů a psychiatrů jsme na některé z těchto mechanismů opět narazili, a jsme odkryli některé další vycházející již z přímé aplikace PCA do klinické praxe. Pro přehled uvádíme kompletní shrnutí meta-mechanismů aplikace PCA a jeho průniku s medicínským modelem, ve formách ideových východisek i ve formách praktických postupů a činností:

- *vzájemná akceptace jazyka a terminologie PCA a medicínského modelu*
- *vzájemná implementace jednotlivých principů PCA a medicínského modelu*
- *náhled na medicínské principy optikou PCA*
- *existence teorie psychopatologie zaměřené na člověka*
- *otevřenost průniku rolí v rámci osobnosti klinického pracovníka*
- *aplikace všímatosti a její reflektování*
- *realizace vztahovosti*
- *explorace a explikace prováděná klinickým pracovníkem i klientem*
- *přivlastňování a utváření praxe klinickým pracovníkem i klientem*

Zmíněné mechanismy obohacují teoretickou základnu PCA a jsou dobrou výchozí křižovatkou pro další výzkum klinických činností zaměřených na člověka. V praxi může jejich uvědomění a aplikace podpořit české „rogeriány“ v tom, že PCA je kvalitním a efektivním „nástrojem“ v mnoha rozličných činnostech, nejen při léčbě jedinců s duševními poruchami, ale i k zvládnutí profese jako takové.

Další přínosy jsou již velmi rozmanité a týkají se dílčích výzkumných zjištění o různých oblastech. Teoretická východiska této práce (jakkoli mohou být těžko uchopitelná, jazykově i jinak) dokazují, že PCA je živým přístupem se solidní a stále se rozvíjející teoretickou základnou. Ukázky praktického využití jeho principů pak přinášejí důkaz o tom, že PCA je obvykle spolehlivým přístupem při léčbě osob s různými duševními poruchami. Je to také přístup, který díky své základně v přirozené vztahovosti dobře funguje i v kombinaci s jinými směry, a se zachováním základních podmínek jej lze dobře obohacovat jinými přístupy a technikami.

Kromě nastínění dalšího bádání kolem tématu PCA v klinické praxi, práce otevírá mnoho dalších zajímavých oblastí, které v Čechách pravděpodobně nebyly zatím zkoumány

(např. zacházení s psychoterapeutickým vztahem, všímavost v psychoterapii, motivace k profesi psychoterapeuta). Dobrou výchozí pozici pro další výzkumnou činnost poskytují popisy čtrnácti témat podpořené citacemi praktiků.

Přínos, kterým uzavíráme tuto podkapitolu i celou diskuzní část, se opět týká vztahovosti. Práce poměrně podrobně vysvětluje význam a hodnotu jednotlivých vztahových kvalit pro proces psychoterapie, jak z hlediska psychoterapeuta, tak z hlediska klienta a jeho poruchy. Tento „odborný“ pohled a vztahovost, abstrahovaný z výzkumné analýzy, je však podpořen rovněž zážitkem jedinečných osobních setkání s respondenty. Rozhovor s každým z nich byl samozřejmě náhledem „do kuchyně mistra“, ale zároveň i setkáním s příjemným člověkem. Jak již bylo zmíněno, psychoterapeut je odborníkem především na kontakt s druhým. U PCA (možná více než u jiných směrů) existuje implicitní požadavek těsného srůstu osobnosti s teorií přístupu, aby byl přístup vůbec použitelný (viz koncept „kongruence“). Nadšení a otevřenost, s jakým se respondenti rozhovořili o své práci, láskyplnost, s jakou povídali o svých klientech, a opravdovost, se kterou reflektovali sebe samé, jsou možná důkazem, že PCA pro ně není jen profesní či pracovní technikou, ale skutečně způsobem celkového bytí, jak píšou rogeriánští teoretici. Za neméně důležitý přínos této práce tedy považujeme také toto svědectví o (léčebné) síle autentického setkání a bytí ve vztahu.

7. ZÁVĚR

Podrobným popisem zkušenostních konceptů a jejich dynamiky byl naplněn výzkumný záměr této práce. Odpovězme si však nyní na otázku, jež stála v pozadí výzkumného záměru: *Jak „živý“ je vlastně PCA při práci s člověkem s duševní poruchou?* S vědomím limitů výzkumu a s vědomím dalších cest bádání, jimiž jsme se rozhodli se neubírat, v následujících odstavcích shrnujeme závěry, jež lze na konci tohoto výzkumu považovat za jednoznačné.

Prvním neoddiskutovatelným závěrem je, že (paradoxně) pozice PCA v klinické praxi je nejasná. Této skutečnosti odpovídá povaha celé práce a jejích závěrů. Proměnlivost a nejasné hranice pozice PCA (vnitřní prolínání teorie a praxe PCA, prolínání principů PCA a osobních dispozic pomáhajícího v praxi, nejasnosti při aplikaci PCA do klinických činností) vyžadují rozsáhlejší a složitější popisování výzkumných zjištění. Výsledky analýzy lze interpretovat různými způsoby, a každá interpretace plodí nová dilemata a nové nejasnosti. Nejasnost pozice PCA se promítá i do dalších závěrů.

Dalším závěrem, který potvrzují výpovědi respondentů, je, že PCA prorůstá osobností profesionála. Vnější pozorovatel a často i sám profesionál ne vždy dokážou rozlišit, kde jedno končí a druhé začíná. Hranice teorie a praxe se v profesionálovi stírají. Na jedné straně do popředí vystupují intuice, přirozenost, vztahovost a důraz na prožívání, které jsou ale na druhé straně doprovázeny nejistotou a pochybnostmi o přístupu i o sobě samém.

Z tohoto úzkého prolínání pak vyplývá další jednoznačný závěr. Přístup zaměřený na člověka se realizuje v mezilidském vztahu. Důraz PCA na vztah a vztahovost je to, co jej odlišuje od jiných přístupů. Vztah v těchto konturách znamená bytí s druhým především jako s člověkem. Znamená to být opravdový (pravdivý k druhému a k sobě), empatický, přijímající, a lidský.

Důraz na vztahovost a úzké prolínání s osobností praktika ukazuje na další závěr: PCA je především způsob bytí. PCA je *zaměřenost na člověka* – člověkem zde však není jen klient, ale je jím samozřejmě i terapeut. Pokud je terapeut skutečně *zaměřený na člověka*, znamená to, že klade důraz nejen klienta (což je ostatně předpokladem téměř u všech psychoterapeutických směrů), ale věnuje velkou pozornost i sobě. *Zaměřenost na člověka-terapeuta* se odráží např. v konceptu kongruence. Přístup zaměřený na člověka není „dělán“ jako technika působení na druhého, ale je „žit“. Skutečně „zaměřený na člověka“ nelze než *být*.

Navzdory jeho nejasné pozici je PCA v klinické praxi uplatnitelný. Podoba a aplikace PCA v klinické praxi jsou ale nejednotné a rozmanité. U každého profesionála se totiž zmíněná zaměřenost na člověka projevuje trochu jinak, jelikož jeden každý člověk má logicky jedinečný *způsob bytí* (jinak vnímá, myslí, prožívá, vztahuje se). Důkazem živosti přístupu, je proměnlivost, s jakou respondenti PCA vnímají a prožívají, a s jakou v jeho duchu jednají. Vnímání, jednání a prožívání se pohybuje mezi dvěma dominantními póly.

Na jedné straně PCA představuje alternativu k medicínskému modelu. Z této perspektivy v klinické praxi více vystupují protiklady a limity obou filosofí. Přístupu zaměřenému na člověka „chybí“ techniky či odpovídající teorie psychopatologie, psychodiagnostiky či jiných problémových oblastí. Medicínský model „nutí“ k provádění takových činností, které je obtížné vykonávat se zaměřeností na člověka.

Na druhé straně PCA jako způsob bytí představuje základní filtr, který stojí nad paradigmatickým sporem. Technicky řečeno, je to způsob, jak vykonávat (nejen) klinické činnosti. V činnostech *zaměřených na člověka* není tak důležité obhajovat hranice a poukazovat na limity přístupů prolínajících se v dané činnosti. Není tak podstatné rozlišovat role (klient vs. pacient vs. terapeut), činnosti (terapie vs. diagnostika) nebo dokonce zdravotní stav (normální vs. patologické). Důležitý je pouze člověk a vztah s ním, což se obecně projevuje tím, že profesionál věří v aktualizací tendenci klienta i ve svou vlastní.

PCA do značné míry stírá rozdíly mezi klinickými činnostmi. Pokusme se ještě stručně a jasně shrnout závěry o tom, jak se tento přístup projevuje ve dvou základních klinických činnostech – diagnostice a psychoterapii.

Diagnostika zaměřená na člověka se vyznačuje vztahovostí, dialogem s cílem porozumět a partnerskou kooperací. Důležitý je opět mezilidský vztah mezi klientem a diagnostikem. Diagnostik je ideálně nedirektivní nebo alespoň působí podpůrně a empaticky. Klient se ve vztahu s terapeutem učí aktivně vykonávat diagnostickou činnost – prozkoumávat, klasifikovat a hodnotit své psychické procesy (explorace a explikace).

Psychoterapie zaměřená na člověka je vědomým a plným prožíváním těchto procesů klientem i terapeutem ve vztahu. Není ničím větším, ani menším.

Tento výčet závěrů přináší nezvratný důkaz o tom, že PCA *je* živým a efektivním přístupem v klinické praxi. Není to však přístup k „práci“ s klientem či poruchou, ale spíše přístup k *pobývání s jedinečným člověkem*, i za okolností, kdy součástí této jedinečnosti je právě duševní porucha.

Na úplný závěr práce si povšimněme jedné velké maličkosti. Jakkoli tato práce cílí obsahem a formou na odborníky, a vyzývá k dalšímu vědeckému bádání, skrze prožitky

respondentů nám připomíná sílu hlubokého, opravdového a vřelého zájmu o člověka. A tento zájem by měl (nejen) v klinické praxi zůstat stále živý.

8. SEZNAM ZDROJŮ

ANDERSON, R. M. Patient Empowerment and the Traditional Medical Model: A case of irreconcilable differences?. *Diabetes Care*. 1995, 18(3), 412-415. DOI: 10.2337/diacare.18.3.412. ISSN 0149-5992.

Dostupné také z: <http://care.diabetesjournals.org/cgi/doi/10.2337/diacare.18.3.412>

BAŠTECKÁ, Bohumila. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-735-3.

CASEMORE, Roger. *Na osobu zaměřená psychoterapie*. Praha: Portál, 2008. Stručný přehled. ISBN 978-80-7367-454-0.

FAIXOVÁ, Kateřina. Rogersovská psychoterapie a preterapie – možnosti využití v psychiatrii. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Solen, 2000, 14. 1. 2014, 15(1), 35–38 [cit. 2018-10-21]. ISSN 1803-5272.

Dostupné z: [https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201401-](https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201401-0009_Rogersovska_psychoterapie_a_preterapie-moznosti_vyuziti_v_psychiatrii.php)

[0009_Rogersovska_psychoterapie_a_preterapie-moznosti_vyuziti_v_psychiatrii.php](https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201401-0009_Rogersovska_psychoterapie_a_preterapie-moznosti_vyuziti_v_psychiatrii.php)

ENGEL, George L. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science* [online]. American Association for the Advancement of Science, 8. 4. 1977, 196(4286), 129-136 [cit. 2019-11-23]. Dostupné z: <http://www.jstor.org/stable/1743658>

HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA, ed. *Psychiatrie*. Praha: Tigis, 2002. ISBN 80-900130-1-5.

TRAPKOVÁ, Ludmila a Vladislav CHVÁLA. Rodinná terapie psychosomatických poruch: rodina jako sociální děloha. Vydání druhé. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-561-5

JOSEPH, Stephen. Client-centred therapy, post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth: Theoretical perspectives and practical implications. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* [online]. 2004, 77(1), 101-119 [cit. 2019-11-23]. DOI: 10.1348/147608304322874281. ISSN 14760835.

Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1348/147608304322874281>

JOSEPH, Stephen a Richard WORSLEY. *Person-Centred Psychopathology: A Positive Psychology of Mental Health*. Manchester: Pccs Books, 2013, 373 s. ISBN 9781898059691.

LADD, Peter D. a AnnMarie Callahan CHURCHILL. *Person-centered diagnosis and treatment in mental health: a model for empowering clients*. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2012. ISBN 9781849058865.

MASLOW, Abraham Harold. A Theory of Human Motivation [online]. 1943, (50), 370-396 [cit. 2019-11-21]. ISSN 1492-3713.

Dostupné z: <http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm>

MASLOW, Abraham Harold. *O psychologii bytí*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0618-7.

MEARNS, Dave a Brian THORNE. *Terapie zaměřená na člověka: pro využití v praxi*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3881-9.

Medical model. In: Mosby's Medical Dictionary, 9th edition, 2009, Elsevier [on-line].

Dostupné z: <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/medical+model>

MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1.1.2018. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. ISBN 978-80-7472-168-7.

NYKL, Ladislav. *Carl Ransom Rogers a jeho teorie: přístup zaměřený na člověka*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4055-3.

PROCHASKA, James O. a John C. NORCROSS. *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi*. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-766-4.

PROUTY, Garry, Dion Van WERDE a Marlis PÖRTNER. *Preterapie: [navázání a udržení kontaktu s obtížně komunikujícími klienty]*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-949-6.

SPEIERER, Gert-Walter. The Differential Incongruence Model and its development. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies* [online]. 2013, 12(3), 256-273 [cit. 2018-10-21]. DOI: 10.1080/14779757.2013.839359. ISSN 1477-9757.

Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14779757.2013.839359>

ŠIFFELOVÁ, Daniela. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století: vybraná témata z historie a současnosti*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2938-1.

ROGERS, Carl R. *Client-centered therapy, its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin, [1951].

ROGERS, Carl Ransom. *Být sám sebou: terapeutův pohled na psychoterapii*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0796-2.

ROGERS, Carl Ransom. The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*. University of Chicago, 1957, 21(2), 95–103.

ROGERS, Carl Ransom. *Způsob bytí: klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele*. Přeložil Jiří KREJČÍ. Praha: Portál, 2014. Klasická díla psychologie. ISBN 978-80-262-0597-5.

ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. 6., rev. a dopl. vyd., V Grada Publishing 2. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3133-9.

ŘIHÁČEK, Tomáš. Medicínský model a psychoterapie. *Psychoterapie*. Brno, 2017, 11(3), 190–203. ISSN 1802-3983.

THORNE, Brian a Elke LAMBERS. *Person-centred therapy: a European perspective*. Thousand Oaks, Calif.: SAGE Publications, 1998. ISBN 0761951547.

TOLAN, Janet. *Na osobu zaměřený přístup v poradenství a psychoterapii*. Praha: Portál, 2006. Spektrum (Portál). ISBN 80-7367-146-8.

Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 1990-. ISSN 1211-0868.

Dostupné také z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/obsah/vestniky_1768_11.html

VYMĚTAL, Jan. *Obecná psychoterapie*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2004. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0723-3.

VYMĚTAL, Jan. *Rogersovská psychoterapie*. Praha: Český spisovatel, 1996. ISBN 80-202-0605-1.

WAMPOLD, Bruce E. How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry* [online]. 2015, 14(3), 270-277 [cit. 2020-04-13]. DOI: 10.1002/wps.20238. ISSN 17238617.

Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/wps.20238>

WAMPOLD, Bruce E. Humanism as a common factor in psychotherapy. *Psychotherapy* [online]. 2012, 49(4), 445-449 [cit. 2020-04-13]. DOI: 10.1037/a0027113. ISSN 1939-1536.

Dostupné z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0027113>

WILKINS, Paul. *Person-centred therapy: 100 key points and techniques*. Second edition. New York: Routledge, Taylor & Francis Group, 2016. ISBN 978-1-315-76519-8.

YALOM, Irvin D. a Molyn LESZCZ. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Vydání třetí, v Portále druhé. Přeložil Hana DRÁBKOVÁ, přeložil Martin HAJNÝ. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1073-3.

9. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru

Příloha č. 2 – Záznamový arch k rozhovoru

Příloha č. 3 – Přepisy audiozáznamu rozhovorů

Příloha č. 1 – Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru

INFORMOVANÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ROZHOVORU

Rozhovor bude sloužit jako zdroj dat ke kvalitativnímu výzkumu na téma *Přístup zaměřený na člověka a jeho místo v klinické praxi*. Rozhovor bude nahráván na diktafon. Získaná data budou použita v diplomové práci v oboru Psychologie, PedF UK.

K zajištění bezpečí a anonymity se řešitel diplomové práce zavazuje mlčenlivostí o osobních údajích a citlivých sděleních týkajících se Vás, Vašich klientů a praxe. V případě zveřejňování přepisu rozhovoru v diplomové práci v rámci příloh budou z textu odstraněny (i potenciálně) identifikující údaje. Po přepsání rozhovoru budete mít možnost k autorizaci textu – budete mít možnost vyjádřit se k uvedeným údajům a upravit je. Získaná data z rozhovorů budou anonymizována. Jako informant/informantka máte právo kdykoli odstoupit od výzkumné aktivity.

Jsem si vědom výše uvedených skutečností a souhlasím s poskytnutím nahrávaného rozhovoru.

V.....

Dne.....

Podpis:

Podpis řešitele:

Adam Dizon

Příloha č. 2 – Záznamový arch k rozhovoru

1. ÚVOD – informovaný souhlas, téma – integrace PCA a kliniky + důvod, anonymizace, autorizace

2. ZÁZEMÍ – Povězte mi své současné praxi:

délka praxe, prostředí praxe, klientela, specializace
další výcviky (co bylo dřív)

3. VSTUP DO KLINIKY, PRAKTIKOVÁNÍ TERAPIE – Proč jste si zvolil/a profesi klinického psychologa/psychiatra?

co upoutalo na klinice, spokojenost
praktikování psychoterapie (jak, motivace)

4. DŮVOD VSTUPU DO PCA – Proč jste se se rozhodl/a pro PCA?

co upoutalo na PCA
osobní/profesionální motivace
vstup do výcviku (pozice výcviku)

5. VÝZNAM PCA – Co pro vás PCA znamená?

význam osobní/profesionální
jazyk a pojmy PCA

6. PCA V KLINICE – Jak se PCA projevuje ve vaší klinické praxi?

jazyk (vyšetření, zápisů, terapie)
klient (vztah, postoj)
patologie (vztah, postoj, způsob práce)
diagnostika, klasifikace (vztah, postoj)
terapie (podoba, ideál, kombinace)
silné stránky PCA
limity – výzvy

7. PCA A MEDICÍNSKÝ MODEL – Jak se PCA snáší s medicínským modelem a praxí ve zdravotnictví?

(medicínský model = diagnosticko-terapeutický model, paternalismus, zdraví nepřítomnost nemoci, stanovování normy a normality, standardizovaný přístup)

vnímání MM
limity spojení MM a PCA
hranice MM a PCA
výhody spojení MM a PCA

8. HLUBŠÍ DOPADY PCA A VÝCVIKU NA ŽIVOT I MIMO PRAXI – Vnímáte nějaké hlubší dopady PCA na váš život i mimo praxi?

osobnostní změny
změna hodnot
výcviková zkušenost
formující literatura
podpora ve vytrvání v PCA

9. ZÁVĚR – zhodnocení volby PCA, možnost doplnění, doporučení do kliniky, dotazy

Příloha č. 3 – Přepisy audiozáznamu rozhovorů

RESPONDENT 1

1. NA ZAČÁTEK BY MĚ NĚCO O VAŠÍ KLINICKÉ PRAXI – JAK DLOUHO PRACUJETE V AMBULANCI, V JAKÉM PROSTŘEDÍ, NA CO SE SPECIALIZUJETE?

Já to vezmu velmi stručně už od předtím, protože mám pocit, že ten způsob, ke kterému jsem se propracovala do současnosti, má kořeny už dřív. S PCA jsem se setkala v rámci práce na Lince bezpečí, a to mohl být rok 1999 a to jsem ještě nestudovala ani psychologii. Předtím, ještě na gymplu, jsem byla na stáži v Bohnicích na Centrálních terapiích, kde byla terapeutka, starší paní, a některé ty přístupy byly od ní hezký, ale některý mi přišly až moc strukturovaný a omezující. A i ke mně tam měla nějaký výrok, který mi neseděl, že jako měla interpretační výrok. Já jsem měla tady takhle víc náušnic, mám je do dneška, měla jsem tam pavouky, a ona řekla, jestli nemám sebedestruktivní sklony. A mě to přišlo jako zajímavý, zaskočilo mě to. A mě přijde, že to souvisí s tou Linkou bezpečí. Na PCA byl na Lince workshop, tam jsem se rozhodla, že jdu do velkého výcviku, který jsem zahájila se začátkem studia.

Do kliniky jsem nejdřív nechtěla, až pak jsem se rozhodla, že půjdu. Pak jsem byla po škole rok v diagnostickém ústavu v Hodkovičkách pro holky 15-18 jako vychovatelka, kde můj přístup byl velmi neobvyklý. Úžasná životní zkušenost, horší práci už v životě dělat nemůžu. Bylo to tím prostředím, ta práce by mohla být krásná, ale přesně tam to čpělo nedůvěrou, podezřívavostí, očekáváním, že to bude zase blbě. Já byla tehdy naivní, něco z té naivity mám dodneška (:-)). Furt věřím, že v těch lidech je i něco jiného. Fakt jsem o tom dodneška přesvědčená. Pak jsem našla jsem místo v Lublaňský (diagnostický ústav pro chlapce 15-18), tam by to už bylo na místo psychologa, a byl tam ředitel, který byl úžasný.

Zároveň se mi ozvali ale z Bohnic, kde jsem byla na čekačce, kde jsem nastoupila. Tam jsem teda fungovala, jak jsem fungovala, do toho jsem se učila samozřejmě diagnostiku a tohle všechno, ale do toho se mi tam furt line, že ty lidi to v sobě jako všechno mají, že to znamená pomoci jim jenom najít cestu. Pak jsem chvíli "lezla" po Bohnicích – akutní příjmový oddělení, gerontopsychiatrie, následná péče, závislosti (krásně to tam jde, PCA – musí se modifikovat, ale je to tam všude). Od závislostí jsem se pak dostala do ambulance (kus tam, kus tam). Po dětech, když jsem se vracela do praxe, jsem se zařídila tak, abych mohla dělat plně v ambulanci a povedlo se mi to. Dělán v ambulanci, dělám to, co mě baví, nikdo mi do toho nekecá, nezpochybňuje, že to takhle nejde, občas si nabiju pusu (:-)). Dělán děti, dospělé, dospívající, a u dětí nedělám těžký, nějaký vývojový, pervazivní poruchy...to nedělám, ale spíše neurotický, případně disharmonický vývoj osobnosti a podobně. Pojevy poruch chování.

Kromě PCA, máte ještě nějaké jiné výcviky?

Velký ne, já odmítám teď investovat čas i peníze do velkého výcviku, protože už jeden mám. Ale hrozně by se mi to líbilo to obohatit. Mám kurz v Kids Skills, což je vlastně na řešení orientovaná terapie aplikovaná na děti do takového celého systému – hrozně pěkný to je, ale opět já to cedím všechno přes PCA. Neumím to dělat tak, jak to dělají ty systemici, na řešení orientovaní terapeuti... já jsem odkojená tímhle (PCA), občas si půjčuju nějaký myšlenky z Pesso-Boyden...ale já to nikdy nebudu dělat úplně komplet, protože mi to tam někde drhne. Určitě si pomáhám asi i systemikou a jejich způsoby práce, z KBT mám nějaké drobné prvky, které využívám. Ale všechno, co dělám, má ten základ PCA. Takže je to tím jako šmrnclý. Používám to jako

techniky, který si myslím, že v té klinické práci mají svoje místo a jsou nezbytné a že bez nich bychom se nehnuli. Protože jinak PCA vychází z hodně velké vnitřní motivace, schopnosti člověka na sobě pracovat, mít na to sílu, a to lidé, který mají psychiatrické problémy v tom nejširším slova smyslu, mají méně, tam už je ten zádrhel.

2. JEŠTĚ SE TROCHU VRÁTÍM K TOMU VSTUPU DO KLINIKY. DOKÁŽETE ŘÍCT, PROČ JSTE DO TOHO ŠLA, CO VÁS NA TOM UPOUTALO?

Já si myslím, že jsem prostě chtěla dělat s "těžšíma" případama. Že jsem prostě nechtěla dělat takový ty "obyčejný" lidi, takovýto "ňuchání". A vlastně do teďka to vím... je dobrý takovýho člověka mít v péči, "odpočinout" si u něj, stačí tak jako ťuknout a ono to jde, dává to hezký pocit, že terapie dobře a snadno postupuje. Ale vlastně mám trochu dojem, že není pořádná práce. Říkám si, jako dobrý, ale tyhle lidi si můžou poradit, ale tyhle neví kudy kam, s nohama dalšími psychology, nekliniky. Když už jsem se dala na to (na klinickou psychologii), tak jako chci dělat něco, co vidím smysluplné.

Hrála možnost praktikovat psychoterapii roli při vstupu do kliniky?

Určitě, a zároveň si neumím představit a nesouhlasím s postojem mnohých klinických psychologů: „Já nedělám diagnostiku“. Myslím si, že to je prostě blbě. Ta diagnostika k tomu prostě patří, třeba právě proto abychom pochopili, o co v tom jde, o co ten člověk jakoby zakopává. Což neznamená dát nálepku, ale porozumět tomu. Takže jako jo určitě, ale obojí (terapie i diagnostika). Mě bavilo i to, že jsem se dostala i na to příjmový oddělení, ta diagnostika mě i jako bavila, protože je to taková detektivka. Zkoumat, co se to teda děje, ta psychologická diagnostika...můžeme jí dělat psychiatrickou formou, že hledám diagnózu, anebo já ji ráda dělám v kombinaci s tou fakt psychologickou, kdy kromě toho, že hledám správnou škatulku, abych to vykazala pojišťovně, což je moje jediná motivace (k dání označení z klasifikace nemocí), tak chci rozumět. A chci, aby rozuměl ten člověk, že se snažím pak po každém vyšetření, aby ten člověk dostal informaci, aby rozuměl, co se to v něm možná děje, pomoci mu to nahlídnout. A v tom to možná není PCA.

Takže potom tu finální diagnózu pak nějak reflektujete klientovi?

Většinou mu neříkám škatulku (název diagnózy), to až když se ptají. Ale je to rozhovor, já říkám: „Tady to vypadalo, že... máte dojem, že to sedí?“ A možná někdy i dohledáváme, jak věci spolu souvisí. Jestli jsou sociálně stažení, protože mají poruchu nálady, nebo jsou sociálně stažení, i když ji nemají. Z toho to pak vychází do cílů té terapie: „S čím jste spokojený, s čím jste nespokojený“.

3. PROČ JSTE SE ROZHODLA PRO PCA?

Já jsem psala diplomovou práci, která byla hrozně nepovedená, to bylo celý blbě, ale ta otázka mě zajímala, a v tom to je. Jestli si lidé vybírají výcviky podle své osobnosti. Jestli jsme tím vlastně už nějak předurčení, že nám něco bude sedět, a já si dodneška myslím, že vlastně jo. Myslím si, že to souviselo s tím, proč jsem teď v ambulanci. Od malička totiž hrozně nemám ráda, když mi lidé do něčeho moc kecají. A to PCA přesně jako není. Já jim nebudu říkat, jak to mají, já to prostě nevím. Vzešlo to z toho, že mě někdo někde strká. Nebo má někdo nějakou představu o mně a já jsem cítila, že to je jako mylný, že je to jinak. Myslím, že proto mě to oslovilo...je to spíš jako snažit se pochopit společně, snažit se rozumět společně, a hledat cestu společně, ale já můžu dát nějaký obecný postřehy, mám nějaký vědomosti, zkušenosti...já to klientům přibližuju, že je to jako kdybychom šli po horách a jsem byla horský průvodce, nicméně jsem slepej horskej

průvodce, takže já vím, jak to na těch horách chodí, vím, co je bezpečný, co je nebezpečný, jak tam ty věci choděj, takže vím, jak se tam chovat, jak volit cestu, kde volit základní tábory a podobně, ale oni mi musejí ukazovat, protože já to nevidím, já je bez nich neprovedu.

4. DOKÁŽETE ŘÍCT, CO PRO VÁS PCA ZNAMENÁ?

No obecně se říká...že lidi v PCA to mají jako součást svého života, jako životní přístup. V něčem se to asi tak dá říct, protože já jako podobnej způsob někdy volím doma se svejma dětma, a nejsem ten diktátor. Když mám kapacitu (nejsem příliš unavená a zahlcená sama sebou), tak vidím, jak to jako funguje v životě, že to prostě jako dává smysl. Rozhodně tímhle způsobem funguju se spoustou lidí. A dává mi to smysl. Bylo pro mě úžasný projít tím sebezkušenostním výcvikem, protože mi to spoustu věcí ukázalo, že to jde jako jinak, než jsem sama zažila (dříve v dětství, dospívání) a že to jde líp.

Jak dobře jste zakotvená v pojmech teorie PCA – empatie, autenticita...? Jak s tím zacházíte?

Já PCA chápu jako nějaký základ, přístup, spíš než terapeutický způsob. Protože když to začnu používat jako techniku, tak mi to přestane dávat smysl. A mně se na tom PCA líbí, že to můžu dělat...u každého to vypadá úplně jinak...s někým jsem daleko víc ironická, s jiným jsem daleko víc pečující, s někým jsem provokující, na někoho občas zahartusím, na někoho jsem opravdu velmi reflektující. Mixuje se to podle toho člověka, podle toho, co já vnímám, že mu v tom průvodcovství může být co k čemu. Opravdu se snažím jenom mu pomáhat, aby se vydal na cestu, na kterou on chce se vydat. On mi řekne, kam chce dojít, já s ním ale konzultuju, jestli to vidím i já v rámci své zkušenosti smysluplný a třeba mu nabídnu zamyšlení: „Jako fakt? Jako je tohle opravdu to, co chcete?“. Ale většinou oni přicházejí se smysluplnýma...ale když přijdou s nějakýma ideálama, tak já jim řeknu: „No to by bylo krásný“, ale bavíme se o tom, že to je nádhernej vzdušnej zámek, je to ale nerealizovatelný, rozhodně ne teď. Že se o tom můžeme bavit, až dojde někam dál, ale tohle že je úplně odtržený od toho reálného života teď a tady. Příklad: šestnáctiletá holčina, příznakově by byla v okruhu deprese, já myslím, že žádnou depresi nemá, prostě obvyčejně nasraná, tak prostě vzdoruje tou pasivitou, ona mi představuje, že bude mít farmu na Novém Zélandu...na tom s ní přece nemůžu pracovat, to je pitomost. Jdeme hledat v rámci reálného života, na čem bysme mohly dělat. Vsunu tam tohle ukotvení, to je moje práce horského průvodce říct: „Tam ne, to je blbost, tam prostě zahyneme oba dva, tam se nyní dostat nemůžeme.“. Hledám způsob s každým člověkem. A empatická... Já to dělám hodně intuitivně. Učebnicových empatických reakcí moc nemám. Nicméně bych řekla, že tu empatii mám na tom podkladě, anebo že jim to tam vyšlu ve smyslu té parafráze „že ho dobře chápu, že jsme na stejném místě, že jsem porozuměla tomu, co říká“. Takový to tréninkový, co se v těch výcvicích dělá, tak myslím, že to říkám úplně jinak.

Jakým způsobem vás ve výcviku „učili“ tyto principy? Sám vnímám, že se nedají dělat učebnicově.

Já myslím, že jako učili. Ono to ani jinak nejde, abysme to pochopili. Proto já jsem právě trochu skeptická, protože vlastně ani nevím, jestli dělám PCA. Já za sebe říkám, „mám výcvik v PCA“, ale jestli dělám PCA, já nevím, já totiž nevím, jak má PCA vypadat [smích]. Jako návod na to podle mě není. Pokud má vypadat jako ty učebnice, tak nedělám PCA. Já nejvíc těžím z té autentičnosti, resp. kongruence, že prostě jsem pro ty lidi hodně čitelná. Chci být pro ně čitelná a v tom jsem ne-psychiatrická, ne-odborník...pro mě ta čitelnost je alfa-omegou celý spolupráce. A to mi přijde jako to nejdůležitější a přijde mi to jako to skvělý východisko PCA. Za nás to PCA bylo furt: „empatie, empatie, bezpodmínečné přijetí“ ...já je všechny беру, já jim všem rozumím, já je mám všechny hrozně ráda, a to nějak jde samo. Protože já v nich pořád vidím ten

potenciál, ve všech lidech. Jak se to vezlo na tý empatii...ono, jak máte ve výcviku cvičit kongruenci, to se blbě modeluje. Takže jako trénink empatickejších odpovědí se tam dobře modeluje. Teprve až v praxi jsem poznala, jak je to jako úžasnej nástroj [kongruence], jak ty lidi jako roztávají, když tady sedí s čitelným člověkem, a to, co si nedovolí říkat jinde, tak najednou oni si tady dovolí říkat, zvlášť třeba ty "úzkostňáci" [mile, láskyplně], ty jsou úžasný. Jak oni najednou si dovolí, že mají pocit, že se nějak mračím na ně. Já říkám „Aha“ [udiveně], a zkoumám, co se to ve mě děje, protože ne vždycky tomu i sama rozumím, a ráda jim to vyjádřím zpátky. A jak se jako odvažují...to je zároveň podle mě to léčivý pro ty klinický pacienty, protože oni to potřebují, učit se být v kontaktu sami se sebou a hledat kdo jsou. A oni pak můžou odložit spoustu těch jako příznaků, a když ne tak přijmout „tak já budu vždycky úzkostnější, ale už vím, co s tou svojí úzkostí udělat, už to nemusím jen tlumit. Už s tím můžu něco dělat, už vím, co se svojí vznětlivostí, labilitou...“.

5. JAK SE PCA KONKRÉTNĚ PROJEVUJE VE VAŠÍ PRAXI? JAK SKRZE PCA VNÍMÁTE PSYCHOPATOLOGII, DIAGNOSTIKU – PSYCHIATRICKÉ OBLASTI?

Mně to nějak nevadí, vím, že se nad tím pozastavují lidi. Zdá se vám to neslučitelné? Mně to přijde úplně přirozený. Vnímám to jako součást práce.

Například Rogers kritizoval zařazování klientů do kategorií.

Jo my jsme u Rogerse. Je fakt, že bohužel v českých podmínkách se furt zaměřujeme jen na Rogerse, ale i PCA má svůj vývoj, je jako trošku jinde. Manžel Daniely Rös Šiffelové, Willy Rös, pracuje se širokou klientelou, a oba ví o hodně o tom, kde je světové PCA. To je jako takovej tip, kdybyste víc chtěl vědět, jak je to tady, a co je ve světě. Když si dnes vezmete ty novější publikace, už se tam počítá s jinými termíny, nikdo se nebrání... je v němčině nebo angličtině kniha PCA, jak pracovat s jednotlivými diagnostickými okruhy, která mi přijde jako úžasná. To tady chybí úplně (pohled na jednotlivé psychiatrické potíže skrze PCA). Je to úplně normální tady pracovat takhle a přemýšlet i v těch diagnostických kategoriích. Teď se vrátím od vsuvky...

Ve vztahu k té psychopatologii a diagnostice fungujete spíše v nastavení nebo jazyce medicíny?

Jasně že funguju v jazyce medicíny, protože píšu lékařskou zprávu. Když budu prodávat rohlíky, tak taky si nebudu se zákazníkem povídat jako jinak než prodavačka. Když to bude sousedka, tak jí prodám rohlíky, a pak tam vsunu klidně i osobní hovor. A tohle je vlastně stejný, já píšu lékařskou zprávu, v tom smyslu, že jsem zdravotnický pracovník tak lékařskou, a tím pádem abych se domluvila s ostatními zdravotníky, tak musím používat termíny, kterými se domluvíme. Podle mě není nic horšího než užívat speciální termíny, kterým ne každý rozumí. Třebajedna kolegyně psychoanalytička píše do závěru klinicko-psychologické zprávy určené pro psychiatra o období nezavršené separace-individuace, čert ví, co tím všechno myslí. Já jako tuším, co to je, ale ona evidentně za tím má spoustu dalších znalostí...já je nemám, proboha, já je nemám a odmítám zkoumat, co tím myslela. Takže použiju termíny obecný, který jsou psychologický a jsou ateoretický – napříč psychologii, psychiatrií. Ale to je jenom jazyk. A pacientovi, protože jsme tady, proto je to pacient, použiju vysvětlující jazyk, aby tomu rozuměl. A když chce zprávu, přečtete si jí, ale „Prosím vás, když tady nebudete rozumět tomu, co tam píšu, tak se zeptejte mě, a nehledejte to na google“. Protože já vám to vysvětlím, co jsem tím myslela, ať z toho nejste zmatenej. A přeložím to do toho obyčejného lidského jazyka.

Jestli to tedy chápu správně, toto je tedy to vsunutí toho PCA do kliniky?

Určitě toto, a pak v rámci toho diagnostického kontaktu, to nastavení je tam zase přesně vidět. Já tam

nejsem proto, abych je hodnotila, plus, minus, škatule, ale že tady jsme proto, abychom porozuměli. Abychom porozuměli, v čem je teda ten problém, a mohli dobře zacílit tu naši spolupráci tu léčbu, aby to bylo k něčemu. Příklad: Rodiče přišli s tím, že holčička má nějaký potíže v plnění povinností. Kdysi měla diagnózu vývojový poruchy motorické funkce, dyspraxie, a že v podstatě selhává v tom plnění, jako, že je pomalá...houby s voctem na kyselo...dlouho jsme bohužel u tohoto zůstali a neudělala jsem vyšetření a byla to moje chyba. Měla to být součást standardní klinické práce – udělat vyšetření a zjistit, jestli to tak je, protože to byla diagnóza stará 6 let. V současné době tam žádná porucha motorické funkce není, v současné době je tam spíš náběh do nějaké poruchy chování než čeho jiného. Protože ona nemá žádnou vnitřní motivaci něco dělat, podrobit se nějaký vnější autoritě a v podstatě k tomu má veliký odpor, je tam velicej individualismus, veliký zaměření na sebe. To nám úplně mění kontext léčby, protože já nebudu opečovávat, jak jí teda podpořit v tom, aby zvládala věci motoricky, ale budu naopak zvažovat, jak teda jí naregulovat autoritu/neautoritu, a jak si může teda už ve svém věku přebírat samostatnost, ale současně s tím i nějakou odpovědnost za sebe. A jsme úplně někde jinde v tom, na čem děláme. Takže tohle je pro mě práce té diagnostiky, a to zprostředkovávám těm lidem. Snažím se být korektní ve všech testech, abych je zadávala správně, ale určitě třeba u Wechslera daleko víc jsem nastavená na podporu, aby se u toho cítili dobře a podali co nejlepší výkon. Snažím se z nich vymáchnout to nejlepší, podporuji to, aby se nevzdávali. Já si to ale neumím představit, že bych to nedělala. Já si tedy říkám, dobrý, vím že dostane maximální podporu, takže jako s touto podporou podávají tyto výsledky, a tak i interpretuju ten výsledek, vím, že jsem to dělala. A že i při plné, milé podpoře, to asi lepší nebude. Takhle mi PCA leze do diagnostiky...snažím se být lidská, „Ty úkoly jsou někdy těžký“, vsunu tam takový to pochopení, „Tohle vás zaskočilo“ při té komplexní figuře Reyovce, jako když to vybalím po těch 3 minutách. Pochopení, „Je to trochu podraz, tak to zkuste“. Protože to je trochu podraz (-), klient při kopii není informován, že si to má pamatovat, pak je nečekaně vyzván, aby to kreslil z paměti, co si budem povídat... není to příjemná situace. Když zareagují úzkostí, tak se je snažím jako tímhle rozpustit. Dělam to tím stylem pochopení, přijetí i neznačkování, ano, je normální, že jste tím zaskočený, já to nebudu interpretovat jen z tohoto, že je zvýšeně úzkostný a lpí na dobrém výkonu. To si zinterpretuju, až když to budu mít napříč celým vyšetřením a budu to tam mít i v jiných metodách, tak si dovolím tomu dát i "nálepku". Ale jestli tak zareaguje párkrát v situaci, která je tomu přiměřená, tak to asi nebude tak významný.

Vnímáte limity PCA? Kdy už to nejde použít?

Velmi. Jsou pacienti, u kterých to fakt nejde, anebo nejde udělat čistý. Myslím, že přístup jde všude, ale rozhodně v diagnostice nemůžu dělat čistý PCA. Musím přidat ty behaviorální metody – různé kontroly, povely – to tam musí být. Na závislostech – tam prostě režimová léčba patří. Ale já ji můžu podat velmi direktivně, nadřazeně apod. anebo „Tohle vám může pomoci, je to pro to a pro to“ a v rámci toho pochopit proč děláme tohleto, jaký to má smysl, zkusit se naladit na tu spolupráci, ale samozřejmě ta kontrola do režimové spolupráce prostě patří. Přestupky – to tam prostě patří – porušili jste pravidlo, musí za to následovat trest, úkol. Čistě PCA není samospasitelné, ale jsem přesvědčená, že je to nejlepší základ pro všechno, a že nad tím se dají stavět metody. Já můžu si vzít Kids Skills, práci s písmem, z KBT trénování (chodím s pacientem po Holešovicích trénovat pobyt v provozu). Já jsem tam ale jako člověk s ním, dělám to možná jinak než klasický KBT.

Ve své aktuální praxi, vnímáte nějaké výzvy v aplikaci PCA?

V našem výcviku se moc nedělalo nic jako práce s rodinou. Nevím, jestli je to jako rozpracovaný

nějak víc. České PCA má limity v tom, že nemá rozpracovaný přístup k jednotlivým problematickým okruhům. Práce s rodinou – když to vyslovím, napadne nás systemika, liberecký přístup Chvála–Trapková. Zkusit přemýšlet nad tím, případně publikovat, jaká specifika by ta práce měla v PCA, jak se to teda dělá, co je funkční, co je nefunkční. Proč to máme každý objevovat na svém písečku? Bylo by skvělý, kdyby se tady objevili lidi, který jsou schopný tohle dělat. Stejně tak to je práce, a to je něco, co se ve mě bije, s dospívajícími...když mají sebevražedné myšlenky, a kdy to mám už vynést z toho sezení, tam už najednou vystupuju z toho rozumějíciho do toho kontrolního, a já jsem toho povinná... a samozřejmě je to určitá zrada...oni se mi svěří, oni mě znají jako tu, která jim rozumí a najednou já to musím říct rodičům, tohle musím říct. Tak je to taková výzva, jak to opracovat, abychom mohli dál v tom vztahu pokračovat, zatím se mi to daří, ale je to teda klouzání na velmi tenkém ledě. Jednou jsem to udělala velmi narychlo – tam šlo o deklarovaný sebevražedný myšlenky, a to prostě nemůžu odložit a opracovat, a strašně jsem se bála, jestli to náš vztah unese. Pozitivní na tom bylo, že my jsme měly už tak dobře vybudovaný, bezpečný vztah, a to jsme zase u PCA, že ona to unesla, že jsem to prostě udělala takhle. Pak mě maminka seřvala, jak to, že chodí do terapie a má sebevražedný myšlenky po takový době terapie, pak se mi omlouvala. Ale už to tam jako prostě jelo, že když na mě huláká maminka, tak jsem jí řekla, že chápu, že se zlobí, že má strach, a to už je zase to PCA, kdy já jí reflektuju prožívání a pomáhám jí tu situaci ustát. Ustát to...že nebudu brát něco jako hodně osobně, ale zkusím zůstat v napojení se na rámec toho druhého člověka, nevystoupit z toho rámce druhého člověka. Rozumět, proč se ten člověk teď takhle chová, a nenaskočit na to svoje...to je výzva. Jsem někdy osobně netýkavka. A v tom mi ale PCA hrozně pomáhá – odložit sebe, odložit to, že se mě nějakým způsobem dotýkají a první porozumět proč, jako zůstat u toho rozumějíciho, se snahou porozumět. „Rozumějíci“ v uvozovkách – já velmi často zcela přesně nevím, co se děje, nemusím nutně zcela přesně vědět, o čem přesně mluví – a v tom mi PCA taky pomáhá, stačí, když to bude aspoň trochu vědět klient, v tom mu pomáhám. Nemusím to vidět, nemusím být ten, který to ví.

To zní, že to hodně osvobozuje tu práci.

Strašně...já jim to taky říkám. Že nevím, že jim pomůžu, že se o to můžu pokusit. A třeba dodám, aby to nebylo zúzkostňující, že by to mělo jít, „z toho dnešního rozhovoru to vypadá, že by to mělo jít“. Mám pocit, že to fakt osvobozuje a zároveň tím dávám zodpovědnost i tomu klientovi, pacientovi, že prostě rozhodně ho nebudu léčit jen já. To budeme dělat spolu.

6. JAK SE VE VAŠÍ PRAXI PCA SNÁŠÍ SE ZDRAVOTNICTVÍM?

Na psychiatrických odděleních jsem byla trošku za idealistu. Spoustakrát jsem narazila na mnohem větší skepsi a já jsem snažila, jak to šlo, tak říct „nejde to tudy, tak znovu, někde to tam je“. Neoznačkovat „toto je psychotik, s tím se nehne“. V Holešovicích mám více psychiatrickou praxi, s dospělými, depresivní pacienti. Paní s bipolárnou, dlouhá deprese, nešlo to léky, ale prostě pohnula se. Jsou to mravenčí krůčky, jeden dopředu, jeden zpátky, jeden a půl dopředu. Tak si můžu říct „nemá to smysl, nechám to bejt“, ale ne. No někdy mě prostě považují za optimistu, švitořivýho optimistu (-)), ale já se s nima (těmi, co takto pochybují) moc nebavím. Teď už ne...už s nima nejsem v přímém denním konfrontování, s tím jiným pohledem. Já chápu, ta psychiatrická práce je jiná, ale být na oddělení a být otrávená, že mi psychotik psychotí? Jako vždyť proto tam je. Nebo že mi nespolupracuje, že nechce léky...má to (pacient) v "popisu práce" v rámci svých potíží.

Jak vypadá Váš aktuální kontakt se zdravotnictvím?

Prevažně mě platí pojišťovny, takže to je ten největší kontakt. Pak občas přijde jinak...ta holčina s Novým Zélandem, psychiatra jí má taky v péči, a teď od ní jdou takový ty poznámky, a ty rodiče jsou tím samozřejmě vzaty, protože ti jsou samozřejmě taky v tom rodičovským, kontrolujícím, označujícím její chování. A teď já do toho vstupuju s tím "švitořícím optimismem" (:-)) a když oni řeknou, že je nemožné, tak já jim říkám „Je jí 16, tak asi nějaké ty věci jsou přirozený, ano, má to trochu víc...“. Dávám tam nějaký to porozumění z toho klientčina rámce a snažím se ho zprostředkovat ven a ta konfrontace je to, že se to fakt děje tady a tam, jinde ne. Že tam to jede tím ze shora označujícím. Paní doktorka se divila, že dospívající se se mnou baví, tak já se nedivím, že s ní se nebaví, když je moc neposlouchá. Já bych se s ní taky nebavila, v šestnácti jako rozhodně ne. Mám tam konfrontaci [se zdravotnictvím] a někdy mě to tak trochu mrzí, protože mám dojem, že by to šlo dělat jinak. Chce to jen lidský přístup, stačí když tam bude sedět člověk a ne "odborník", bude tam sedět člověk! s odbornými znalostmi. Masivní rozlití psychoterapie – kdekdo to dělá bez znalosti psychopatologie, bez zkušenosti s klienty s vážnější psychopatií – bez znalostí je můžu poškodit, nikdy nevím, kdo mi z ulice přijde. Já si pamatuju, že jako cvičného klienta v době výcviku, jsem měla takovýho chlápka a ten byl divnej, a já jsem prostě nevěděla, co mu je, podle mě byl psychotickej. Ale tehdy měl dostat tu informaci, že by to bylo ještě na něco, že to prostě teď jen terapie nespraví, že tam je potřeba to ještě zmapovat, podívat se, co to zažívá, jak se mu to děje.

Takže vnímáte tu zdravotnickou zkušenost jako důležitý doplněk?

Myslím, že nějaká znalost by tam být určitě měla. Nemusím se tím zabývat, ale měli bychom vědět, protože tam takový člověk může přijít a když nevím, co se děje, těžko odhadnu vlastní kompetence, jestli s tím umím nebo ne. To je stejné jako když nebudu vědět, co je PAS a jak to vypadá, tak jak řeknu těm lidem „jděte do péče jinam, tohle já neumím, tohle nedělám, tím se nezabývám“, nejdřív to musím znát a pak říct „bacha, já nejsem ten správný člověk“. A to si myslím, že v tom PCA je...možná...někdy to není bráno dost vážně, ta stránka osobních kompetencí...že to, když budu taková a taková, tak pomůžu všem. Tak jsem to při výcviku v podstatě slyšela, ty limity tam nebyly podle mě dost řečeny. Kontraindikace PCA nebyly dost probrány...a ty prostě, myslím, jsou. Jako že přístup ano, ale ne jako čisté PCA. Je kontraindikace být čistý PCA pro některé lidi, že jim tím prostě neprospěju. Když tady budu mít člověka s narcistní poruchou osobnosti, tak mu neprospěju, že mu budu jenom reflektovat, jenom budu empatická, jak ho ti druzí nedoceňují, ono mu to nepomůže. Budu potřebovat mnohem víc udělat i ten autentický přístup v rámci přijetí atd., ale zároveň budu potřebovat ho kotvit v realitě, daleko víc a tak dále.

Máte pocit, že PCA samo o sobě nestačí?

7. VNÍMÁTE NĚJAKÉ HLUBŠÍ DOPADY PCA NA VÁŠ ŽIVOT?

Přemýšlím, zatím mě napadají ty negativní, jak mi to zkomplikovalo život [smích]. Ono je to ruku v ruce. Ono to možná zkomplikovalo život ostatních se mnou. Pro mě je osobně dležitý v životě si uvědomovat, že lidi nevnímají a neprožívají tak jako já. Když je nějaká situace, tak už koukám...profesní deformace (:-))...tak se dívám, proč ten druhý to má takhle. A narážím na to, že ti druzí to tak nedělají a není to pro ně přirozené snažit se i druhému rozumět. Takže to je jeden dopad. Přínosem je, že já pak daleko víc rozumím a myslím, že díky tomu třeba moje manželství vypadá, jak vypadá. Že prostě naplníme ten náš slib, že budeme spolu do konce života. Jsme schopný pak překlenout ty problémy, že možná z mých dětí vyrostou docela slušní děti, i když já jsem velmi prudká povaha. (Vsuvka k PCA – myslím, že u každého člověka bude vypadat jinak,

já fakt nejsem člověk, který vydrží sedět a fakt říkám „hmm“, já jim do toho prostě žvanit budu, jsem prostě prudká a dynamická povaha :-)). Ale ten dopad...prostě si to nějak řekneme, že vlastně jsou zvyklý [děti] ode mě, někdy i sami říct, co se to v nich děje, i když jsou poměrně malý, tak bych řekla, že velmi hezky se v sobě umí orientovat.

Měla jste někdy pochyby o PCA?

No jasně. Měla jsem období, kdy jsem si říkala, že jsem si udělal úplně pitomej výcvik, kterej je úplně na nic. Nic neumím, protože mě nenaučili ty techniky, který ty jiný maj a teď by věděli, co mají dělat! Kdy jsem si říkala, že to je hrozný a samozřejmě se to různě vrací, že nic neumím. Ale to už nesouvisí s PCA, ale spíš s profesními pochybnostmi :-).

Co Vás nakonec podpoří v tom, že je to to správné?

No musím se bavit s dalšími lidmi, kteří to tak mají taky. Zatelefonuju si s kolegyní a řekneme si, že ona má úplně stejný pocit, že nic neumí a teď ona velmi autenticky povídá „ty že nic neumíš, vždyť já se od tebe učím!“, „no, hmm, já se učím od tebe“. Najednou si řekneme, že je to nějaká jen etapa, pocit a zjistíme, že toho máme nad hlavu, jsme utahaný a že za to PCA vlastně nemůže. Ale takovej ten nedostatek metod nebo přístupů, že to v PCA není rozpracované tady snadno dostupný, to pociťuju. Někdy je mi to líto. Já pak jdu na výcvik vycházející z na řešení orientovaný terapie, což úplně něco jinýho, a samozřejmě tím jako načuchnu, a vlastně mi to pak vadí, protože mě to tak jako odklání od toho mého základu. Teď už jsem se... já jsem vlastně ze školy vylezla v 2004, takže jsem v praxi nějakých 15 let, po škole po výcviku, a můžu říct, že teprve poslední rok, dva se v tom začínám víc orientovat a jsem v tom zakotvená. Že začínám jako zjišťovat, že můžu jít na tenhle výcvik a ustojím to tam, budu si to dělat po svém a rovnou hlásím, „Já jsem PCA, tak mě berte tak jako že to bude asi trochu jiný“. Když se hlásím, rovnou se ptám, jestli jim to nevadí, že toto mám a jestli si s tím jsou schopni poradit na tom kurzu, aby mě tam neválcovali. Většinou jako „jo, jasně“.

Byla pro Vás formující nějaká literatura?

Malý princ [smích]. Toho miluju. Je jich víc. Formující literatura je, že čím jsem dýl v praxi, tím méně čtu odbornou literaturu, já jí čtu hodně, potřebuju jí číst, ale dřív jsem byla schopná nečíst beletrii, protože přece chci číst tu odbornou. Mě zajímá dívat se pod pokličku všem jinejm a inspirovat se, rozumět tomu z jinýho pohledu, ALE daleko víc teď čtu beletrii, protože tam to je. Všecko to tam je. (pohled na život, myšlení lidí, prožívání) A kolikrát daleko líp než v tý odborný.

8. CHTĚLA BYSTE JEŠTĚ DOPLNIT NĚCO, CO NEZAZNĚLO?

Ještě k těm pochybnostem...hodně pomáhá supervize. Fakt, v tu chvíli jít na supervizi... k PCAkovi! Rozhodně chodím k PCAkovi. A za druhé, jednou za dva roky fakt jet na tu konferenci PCA, nevynechat jí. Já jsem jí jednou vynechala a bylo to blbě. Udělat si ten čas a jet, protože to obrovsky oživí tu smysluplnost, a to že je to zakotvený, je to funkční, dělá to spousta lidí, daří se jim v tom, a inspirují mě, jak třeba těžkosti, který mám, zvládnout. A je zajímavý, že když jsem tam letos byla, tak mě tam ten jeden příspěvek tak jako sednul, že mi ty moje současné těžkosti a otázky přesně zodpověděl. Prostě fungujou tyhle věci. Že ten svět přihraje přesně to, co potřebujeme. Nepotřebujeme radu zvenčí, stačí jenom se otevřít a ono to přijde.

9. MĚLA BYSTE NĚJAKÉ DOPORUČENÍ PRO LIDI, CO JDOU DO KLINICKÉ SFÉRY?

Ať si rozmyslí, proč to chtějí dělat, jak to chtějí dělat, aby jim to dávalo smysl v jejich rámci...aby to

nezkoušeli dělat jako podle něčeho, ale rozuměli, co a jak dělají a proč to dělají. A když už to dělají, ať to dělají poctivě...ne pro peníze, ale aby je to bavilo. Myslím, že tohle fakt musí bavit, a když to nebaví, tak je to jako hodně blbě a je to z té práce znát.

RESPONDENT 2

1. NA ZAČÁTEK BY MĚ ZAJÍMALO NĚCO O VAŠÍ PRAXI?

Fokus je velká organizace, která je převážně sociální, v sociální sféře. Začínala tak, že v 90. letech vytáhla lidi s psychotickou zkušeností z Bohnic a souběžně s tím sociálním začala ta zdravotnická – denní sanatorium. Začali běžet psychoterapeutické programy na pojišťovnu. Sociální část se zatím hodně rozrostla, přes 100 lidí – CDZka, komunitních týmu, terenních týmu a sociálních firem. To denní sanatorium zůstalo jako jediné zdravotnické. Jsem tu od roku 2001, takže jsem ještě zažila ty časy, kdy tu byl komunitní program, který se orientoval...dnes by se to nazývalo Centrum denních aktivit a pracovalo se. Každý den se vařilo, byla společná komunita ráno a společně se chodilo na terapeutické programy, a pak oběd. Tento způsob práce se vytrácel, protože klienti se měnili, ten typ klientů, kteří jsou chroničtí, dlouhodobý, SMI (serious mental illness), tak jich je teď méně. Zůstávají nyní spíše ve své komunitě, aby se nehnali z Letňan sem, tady sice mají komunitu, ale ta je patologická, chorá. Chceme, aby zůstávali v té své komunitě, kde mohou čerpat ty zdroje, takže to denní sanatorium se odklání skutečně více k psychoterapeutickému, ty programy jsou specifitější, kladou vyšší nároky na klienta, vyžadují nějakou práci s vnitřním světem. Měli jsme program, který byl velmi velmi nízkoprahový, co se týká té vnitřní kapacity pracovat s nějakými...s něčím svým...a těch už je teď hodně málo. Teď jsme tedy hlavně psychoterapeutické zařízení, které má sice psychiatrickou ambulanci, psychologickou ambulanci, ale převážně jsme psychoterapeuti.

Jak jste se dostala k této práci?

Když jsem ještě dělala ještě předatestační přípravu, tak jsem pracovala na Slovensku v Pezinku, což je ekvivalent Bohnic pro Bratislavu, a tam jsem začala pracovat s lidmi, kteří měli psychotickou zkušenost. Na konferenci v Jáchymově, sociální psychiatrie, jsem viděla lidi z Fokusu a jejich práce se mi hrozně líbila. Tak když jsem přišla do Prahy, tak jsem tu začala pracovat.

Specializujete se na nějakou konkrétní skupinu v rámci Fokusu?

Ne. K nám přichází klienti, když to nazveme diagnosticky, tak jsou to jakoby lidi, kteří mají psychotickou zkušenost, s poruchami nálad, buď psychotičtí nebo s psychotickými zkušenostmi, nebo s poruchami osobnosti. Ale převážně, hodně se zvýšila míra lidí, kteří jsou diagnostikovatelní jako poruchy osobnosti. Jako s nějakou křehkou částí, která jim znemožňuje vydržet ve vztazích a udržet vztahovou rovinu nebo pracovně-vztahovou rovinu, v tom selhávají. Myslím, že když to na to podíváme jako spektrum – v Praze jsou sanatoria, ekvivalenty Fokusu, Eset a Ondřejov – ti mají širší spektrum, myslím, že mám podobné klienty. Pak jsou ty sanatoria jako Palata, Břehovka a ti mají lehčí klienty.

Jak si vysvětlujete, že se zvýšil počet lidí s poruchami osobnosti?

Společenské změny, výchova, diagnostika. Myslím, že hodně z těch lidí by bylo a jsou diagnostikováni jako schizofrenní okruh, nebo poruchy nálady, jako že oni mají ty diagnózy, ale když se na to

podíváme etiologicky, tak to není o tom, že ti lidé jsou tak křehcí. Já si to představuju tak, že jsou lidé, kteří mají jakoby "čistou schizofrenii", mají jakoby nějakou psychotickou ataku, a potom se vracejí a v tom období jsou schopni fungovat relativně dobře. Vztahy zvládají dobře a nerozpadají se, ale lidé, kteří jsou křehcí osobnostně se mohou propadnou do psychotické, ale jsou vlastně tak křehoucí, že ty vztahy dobře nezvládají, dostávají se do konfliktů, obrací to ven nebo proti sobě. A proč to tak je...myslím si, že v minulosti bylo mnoho z nich diagnostikovaných jako velké psychiatrické okruhy, ale dnes se na to dívá jemněji. A souvisí to s nějakým společenským přechodem, změna pravidel, ne-pravidel.

Je práce s náročnou klientelou to, co vás nalákalo do práce v klinice?

Ano, zjišťuju, že nějak mi to přijde, že když je nějaká takováto práce, znamená to být v kontaktu s lidmi, že skutečně to mají těžké, zažívají v životě strašné věci a že to dává smysl. Jednak mi to přijde vždy jako objevování, že...to tak debilně zní...ale vlastně jako že objevujeme ten svět, který oni tam mají. Ten je velmi zajímavý. Lidé, kteří to mají podobně jako já, ten neurotický, tak je to takové jako jasné no.

Jste v tom spokojená?

Ano, a myslím, že druhá věc je, že já mám PCA, mnoho lidí tu má PCA, ale potom jsou tu lidi, kteří mají gestalt, analýzu, expresivní terapie. To, jak pracujeme...dobře se shodneme, a to je velká výhoda, tým je tu velkou výhodou práce ve Fokusu. Ta podpora týmu, společné smýšlení, které úplně nebazíruje na té diagnostice jako na psychiatrii. Ale vlastně i psychiatricky, se kterými tu pracujeme, mají velký cit pro člověka jako individualitu. To je velký důvod, proč tu pracuji.

2. PROČ JSTE SE ROZHODLA PRO PCA?

Když jsem dělala výcvik, to bylo v roce 1998, to bylo na Slovensku. Tam toho moc nebylo, byly tam nějaké dynamické, a v Čechách byly nějaké, jako SUR. Asi myslím si, že to určující bylo, že jsem se s ním setkala na škole a že mi to přišlo, a stále se k tomu vracím, že nějak mi to umožňuje být v kontaktu s tím člověkem. Myslím, že kdybych byla v analýze, byla bych brilantní analytička, dokázala bych vymyslet interpretace, protože to je to zábavné, ale nevím, jestli bych mohla být s tím člověkem, že bych uletěla. Já myslím, že bych uletěla na tom. Na těch konstruktech. Ale moje představa je, že bych byla tak "úžasná", že bych byla úplně mimo.

Co pro vás znamená ten kontakt?

Být v kontaktu je, že vnímám toho člověka tak, jak mi to předkládá, a nějak jsem s ním jako opravdická, tak jak jsem já, že nemám ty...mám samozřejmě nějakou zkušenost, nebo mám nějakou klinickou zkušenost, ale že vlastně, bude to znít jako klišé, ale s těmi lidmi, kteří vypráví svůj příběh, který je často zamotaný, hrůzostrašný, že s nimi můžu být bez nějakých zástěrek, masek, nebo s minimem masek (každý máme nějaké masky), ale s minimem těch masek. To, jak to vnímám a cítím, jim mohu nabídnout, a to je nějak jako čisté. Někdy je to samozřejmě lákavé, když se to nehýbe, tak jsem jako netrpělivá, takže dokážu jako dělat nějaké vlny, protože už to nevydržím, ale někdy je i to dobré, protože je to fakt opravdické. Ale někdy se dám taky strhnout těmi interpretacemi, že si odputujeme na té interpretační vlně, že si to jako vysvětlím. Ten obraz mi nějak pokračuje, ale v nějakém momentě já to vidím na těch lidech, že jsem se od nich odpojila a sama si tam něco pletu, a oni zůstávají tady. Když jim to [interpretaci] povím, tak oni mi vůbec nerozumějí, a můžu mít pravdu, můžu to vidět tak, jak to je...ale vlastně oni to vnímají. Myslím, že to pomáhající je skutečně to, když dokážu s těmi lidmi být a nabídnu jim něco, co si sice myslím, že je dobré, ale nabídnu jim to s tou pravdivostí

„aha já si myslím, že toto je dobře, a můžete to odmítnout s tím, že je to úplná blbost“ ale zůstávám s ním v kontaktu.

Jak klienti reagují na tu opravdovost?

Velmi dobře, myslím si, že obzvlášť lidé s křehkou osobností, je to to jediné, co je pomáhající. Myslím, že velmi citlivě na to reagují lidé, kteří jsou hraniční, to je to, co oni fakt vychytávají a když začnou se cítit něco nekomfortně, a třeba ani nemusím rozumět tomu proč to tak je, tak oni vlastně vychytávají dokonce i jen ten pocit a vlastně pro ně to znamená nějaké nebezpečí, takže po tom jdou. Falešnost.

Je potřeba hlídat si opravdovost v každém momentu?

Ne úplně v každém. Nevím, jestli hlídat. Důležité momenty byly ty, kdy to bylo opravdové. Nejde být opravdová celou dobu, je to skutečně náročné. Jsou momenty, kdy pro vás je to tak pomalé, nebo ten klient se uzavře v sobě a to čekání, kdy on si to sám nějak sumíruje, je pro mě tak strašně, že v duchu už "přestavuju nábytek", jakože mě to odlákává, odcházím. Přistihnu se, že jsem někde jinde, a musím se jakoby vrátit. Ale když se dějí ty momenty [opravdovosti], tak jsme opravdu napojení a můžeme být spolu. To jsou ty momenty změny.

Vraťme se trochu na povrch. PCA pro vás byl první výcvik? Máte ještě nějaký? Jak si stojí společně?

Ano. Mám ještě výcvik v Open Dialogue, co dělá Narativ v Brně. Pak mám ještě PCA s páry a rodinami, takový krátký, v Anglii. Moje povaha je taková, že jsem ve školní třídě taková jako zlobivá, že vlastně když to nemůžu vydržet, a to se mi děje, když něco dlouho trvá nebo když něčemu nerozumím, nebo se mi tam nechce být, tak prostě se mi těžko je, tak jdu do takového zlobivého modu. A to se mi stává na přednáškách a na výcvicích, když s těmi lidmi s nějak nesednu, tak jdu do toho. A v tom Open Dialogu jsem měla pocit, že se to děje, že po dlouhou dobu jsem nedostávala to, co jsem chtěla. Já jsem si představovala, že to bude o něčem jiném, a ono to bylo o něčem. Dlouhou dobu jsem v tom výcviku byla nespokojená, takže jsem nemohla, těžko se mi přijímaly ty principy jejich práce, jsou sice velmi podobné PCA (být s tím člověkem, mluvit o tom co ten člověk přináší a tak), ale současně jsou tam nějaké techniky, které mi přišly jako strašně pomalé. Náš lektor byl hodně takový filosofický a pro mě to filosofování je takové nesnesitelné, takže ten výcvik v Open Dialogu byl někdy nesnesitelný, ale potom jsem si zase našla polohu, když jsem byla s těmi lidmi, se kterými jsem měla ten výcvik, a to bylo fajn. Myslím, že to není o tom výcviku, ale spíše o mě. Nějak jsem si to sama uzavřela, že jsem dost stará na to, že se nemusím prostě přinutit, znásilňovat se, nějak tak to asi mám.

Odesla jste si něco z Open Dialog výcviku?

Jo, určitě. Je to práce s rodinami. Je to finský způsob práce s rodinami, jdou do terénu, vstupují do té rodiny, pracuje se krizově, kdy ten člověk blázní. Mají velmi dobré výsledky tam, moc se jim to nepodařilo implantovat nikde jinde, ale vlastně ty principy jsou pro mě, pro práci s rodinou. PCA moc práci s rodinou nemá, existují různé modalities, jak pracovat s rodinou. To, co OD přináší je taky být v kontaktu s těmi členy rodiny a nehrát si na nic. To je společné a s tím se ztotožňuju. A když takto pracuju s rodinami, páry, to je to, co funguje. To je pro mě největší hit – pracovat s rodinami a páry.

Dá se nějak přiblížit, jak vypadá práce s rodinami v PCA? V čem je to PCA?

Nevím, jestli je to PCA, ale to, jak to děláme my...má to dva body. Jednak jsem s těmi lidmi, když mluví ten jeden člověk z té rodiny/páru, vypráví ten svůj příběh, můžu ho sledovat empaticky, tak jako v individuálu. A můžu to vlastně střídat, a to je nějaký princip, který pomáhá, to se dá přenést od Rogerse. A mě

přijde, že mě tam potom chybělo, že když sleduju buď jednoho nebo druhého, tak já ještě sleduju to, co tam probíhá mezi nimi. Někdy se vlastně jako by objeví výstupy z toho, jak oni tam fungují mezi sebou, nějaký vzorec, který se tam objeví. Třeba jeden druhého neposlouchají, jako by stáli na barikádách a každý si bojuje to svoje, a to nějak oslovím, že to tam vidím a nabídnu jim to, že se mi to jako zdá. Vytáhnu empaticky to, co je mezi nimi, a oni to můžou vidět, nějak se k tomu vztáhnout, můžou to samozřejmě odmítnout, ale nějak to můžou vidět, že nějak se v tom matlají.

Jak dlouho trvá výcvik?

Dva týdny, paráda. Je to takový nadstavbový, ale oni jsou fakt velmi fajn, je to sice dělané tak více do autistického. Přijde mi to velmi fajn, protože mi to dodalo odvalu pracovat s rodinami. Asi musí být člověk aktivnější, když tam bylo pět lidí, tak do toho musíme vstupovat víc.

Pracujete v terapeutickém páru?

Když s rodinou, tak v páru.

3. CO PRO VÁS ZNAMENÁ PCA?

Je to nějaký ideál hlavně. Je to ideál, který je trošku jakoby zbožštělý, myslím, že kdyby Rogers žil, tak by mnoho věcí dělal jinak. To, co popisuje je v jiné době, tak to bylo o něčem jiném, ten svět. On reagoval na to bylo a vůči tomu se nějak vymezoval. Je to ideál, jak věci dělat.

Co vnímáte, že by Rogers dělal jinak?

Já myslím, že dneska ta striktnost společnosti, co se smí a co se nesmí, je mnohem volnější. To, co on popisuje jako přijímající chování v rodinách, to dneska je horší standard toho, jak to má fungovat v rodině. Ten model rodiny byl úplně jiný než dnes. Dneska to, např. co se nazývá Nevýchova, to myslím, že ještě daleko předběhlo Rogerse. Myslím, že by na to reagoval jinak.

To, co pro mě PCA nejvíc znamená je být ukotvená v sobě. Ta opravdovost. To je to, co si z toho nejvíc беру. Temperamentně nevím...být trpělivá, čekající, kdy ten klient něco...to fakt nevydržím, když by dlouho mlčel, myslím, že s naší klientelou to ani není zdravé.

Co z Rogersových teorií vnímáte, že už je opuštěné? Je Rogers v PCA dnes živý? Je PCA něco jiného?

Myslím, že je to něco jiného. Samozřejmě se to vyvíjelo. Já nevím, já se v teoriích úplně slabá, ale to, co si myslím, že je univerzální, co je důležité, je ten vztah, a to je něco k čemu se všechny školy přiklonily. Je to dneska běžné pro všechny školy. Dokonce i pro KBT. To, co je důležité, je ten vztah a my jsme tím nástrojem. Že to je, že jsou školy, které používají nějaké techniky a mají to strukturované, a více pracují na nějaké teoretické bázi (přenos, protipřenos). Techniky, které pomáhají zvládnout těžkou situaci, to je fajn. Prostě nějaké konstrukty, které mi pomohou nějak fungovat s klientem, ale když já nezvládám nějakou oblast, tak mě to nepustí dále, ať mám jakoukoli techniku.

Odesla jste si z výcviku nějaké PCA nástroje, nebo je to jen ten rámec?

No, je to takové technické. Asi ano. Někdy se k tomu uchyluju, když klientovi nerozumím. Někdy se stává, že čekám, on mluví a já mu pořád nerozumím, a když se doptávám, tak mi to nepomáhá, někdy ten obraz se neprojasňuje. Někdy ten klient potřebuje dopovědět něco, tak tehdy to empatické reflektování je nástroj, který používám. Jako fakt reflektuju, nejdu ani tak po obsahu, ale technicky po těch větech, snažím se, abych mu umožnila dopovědět ten příběh. Nebo nechám ticho, to je taky nástroj.

Promítlo se PCA do vašeho terapeutického jazyka? Užíváte pojmy PCA?

No jasně. Já nevím, co jsou pojmy PCA, ale takovéto "je to pro vás v pořádku, když budeme končit?".
To vám dal kontakt s PCA, nebo je to spíš vaše?

Já myslím, že to mi dal PCA, něco z toho jsem si vybrala. Já jsem si vybrala nějaké, které používám.

4. JAK SE PCA PROJEVUJE VE VAŠÍ KLINICKÉ PRAXI?

U většiny klientů netuším, jakou mají diagnózu. Ano píšu ji, musím ji vykazovat, ale když přijdou, tak já fakt nevím, můžu tušit, protože oni mají mnoho diagnóz, tři čtyři, které bych jim klidně dala. Ale není to vůbec důležité. Ale nějakou jim musím dát.

Děláte diagnostiku?

Zaplatpámbů už dlouho ne. Už dlouho jsem to nemusela dělat, protože tu máme lidi, kteří jsou v předatestační přípravě a ti ji dělají. Dělala jsem jí, neměla jsem to ráda, je to strašný opruz, zabere to hrozně času. Ještě co ta diagnostika, to je ještě docela zábavné, protože to je takové objevování, jako já tam tomu člověku dávám nějaký materiál, on s tím něco dělá, něco dostávám zpět, to je zábavné, taková hra. Ale potom to psaní je strašné. Ale máme psychologické semináře, takže tam se účastním zprostředkovaně těch vyšetření, výsledky se probírají.

Jde do diagnostiky dostat PCA přístup?

Já myslím, že to je o nějaké slušnosti, decent. Ale tam [v diagnostice] klientovi nedávám na výběr, tam prostě chci, aby něco udělal, tam to není o tom, že si může vybrat. Takže to je úplně jiný přístup, to je úplně jiná role. Já si ale celkem užívám, vlastně když nedělám velkou diagnostiku, ale dělám příjmové vyšetření. Tam ten rozhovor je strukturovaný, já se ptám na nějaké věci chci, aby mi ten člověk odpovídal a vedu ho nějak tím rozhovorem v tom smyslu, že on mi vypráví ten příběh, ale já se doptávám, tak se vždycky shodneme, že si to člověk může užít, jelikož se může ptát, jako fakt se můžu zeptat, když jsem zvědavá. To v terapii většinou nedělám, v terapii se neptám, když jsem zvědavá. Anebo když tomu nerozumím, tak se zeptám, ale není tak že „a tohle bych ještě potřebovala vědět, to je zajímavé“, to nedělám. Když to je pro moji potřebu. Když je to v tom vyšetření, tam si můžu dovolit, můžu být velmi jasná, velmi striktní, můžu mu povídat, jak to je. To je úplně jiná role. Může to být stále slušné, nemusí to být zneužívající. Diagnostika nemusí být zneužívající, může být napomáhající. To, o co se snažíme, když diagnostikujeme lidi u nás, aby to k něčemu bylo. Ne, že z toho vypadne jen F63, nebo F20.0, ale že to zhodnotí nějakou jeho schopnost, ty dobré stránky, na co on reaguje, a ty v kterých je slabý a na čem by mohl pracovat, a to mu nabídnout. Myslím, že to pro někoho může být velmi nápomocné.

Kde je v terapii hranice oprávněnosti?

To je z výcviku. Byla jsem na kurzu práce s traumatem. Lektor byl psychiatr a lektorka terénní pracovnice, která měla zkušenost s hlasy. Měla psychotické zážitky a pracuje jako peer a hrozně pěkně o tom mluvili. On tam popisoval, že vlastně pracuje s hlasy jako s entitami (u lidí, kteří mají aktivně hlasy a léčí se nebo se neléčí). On se svými klienty...jak to nazval...je s nimi „blízko, ale není s nimi intimně“. A to strašně pěkný rozdíl, je s nimi v blízkém vztahu a sdílí nějaké věci, které jsou blízké, jak se má, jak se cítí, ale neříká jim o tom, co doma zase se ženou a co měl k snídani. To jsou intimní věci, a to je to rozdělení. Když je ta moje zvědavost to, co už jako by nepatří do toho vztahu a já bych se to jen chtěla dozvědět, nesouvisí to s tím, co se mu děje, tak je to víc moje potřeba než jeho. Ale je to něco, co není pomáhající. Nemusím povídat úplně všechno, co mám na jazyku, jako nemusím být bezhraniční, a to je strašně důležité vědět.

Dal vám PCA nějaký návod, jak se vztahovat k patologii, duševních poruchám? Jak se k nim stavíte?

Existují vlastně teorie PCA (Margaret Warner), ale asi mi to přijde...když se na to podívám takhle: Patologie jako že současně neexistuje, ale i existuje. Je velmi důležité říct „toto už není normální“, ale z toho hlediska, že jako normy statistické, je to bludné, toto skutečně většina lidí to nevidí, nevnímá a je potřeba to klientovi říct takto. Když je klient zmatený je potřeba jasně podržet hranici, ale současně neříkat „toto není normální, takže to musíme vyhodit, prostě to zničit“. Každý z nás má nějaká křehká místa, nenormální místa, klientovi říkám, že každý máme nějaké praskliny v sobě, každý z nás to má, jednu, dvě, tři a můžeme o nich vědět. A někdy když je to velká prasklina, tak pod tlakem se prostě rozprskneme. A to je ta patologie, ale je to vlastně naše součást. Možná jsme přežili nějaké hrozné trauma díky tomu...díky tomu jsme tací, jací jsme. Mnoho lidí vnímá tu psychiatrickou recovery jako „ano, nezvládám, mám hlasy“...ale já nejsem jen ta schizofrenie, já jsem ještě otec, pracovník, kamarád. Je to jen jedno z... Ano jsou věci, které jsou normální, ne že všechno je relativní a všechno je ok, to není pravda. Když někdo spáchá sebevraždu, může to být srozumitelné, akceptovatelné nějak, ale současně to může skutečně být něco, co by ten člověk neudělal, kdyby nebyl nemocný. Neznamená to jako, že ho nechám. Takový ten vtip: „hm hm“ a on skočí. To PCA je nějak o tom, že toho člověka podpoříme a jsme s ním v těch strašných věcech a neříkáme „ne tohle mi neříkejte, to je patologické, tohle tu nebudeme rozebírat, to zničíme, potlačíme a tak“. Nemůže s tím nic dělat, ale je schopný to reflektovat, být vystaven těm hrozným věcem, dívat se na ně, protože ta aktualizací tendence mu pomůže tu zkušenost integrovat. Někdy je otázka, jak kvalitní ten život je, můžeme se nad tím zamýšlet. Když se ten člověk rozhodne nebrat léky a bude prostě psychotit, bláznit, tak je to dobrý ten život? Není to dobrý? Ale pokud není zbaven svéprávnosti, stále je to jeho život a má na něj právo i takto, i když se ničí.

Dalo vám PCA nějaké konkrétní způsoby práce s těmi konkrétními diagnostickými okruhy?

Ne, se všemi se pracuje stejně. Já věřím tomu, že neexistují diagnózy, se kterými PCA pracuje líp, existují určité druhy, typy lidí, kterým vyhovuje PCA...a někomu vyhovuje KBT a může mít cokoli. PCA je pro něj jen to povídání, anebo je pomalé. Nebo potřebuje analýzu, z různých důvodů prostě, někomu to sedne. Nevěřím moc v empirické výzkumy (popletené pojmy s dojmami :) evidence based treatment). Četla jsem článek – oni porovnávali DSM–IV do jaké míry dva lidé se stejnou diagnózou mají stejné symptomy, že je tam 50% pravděpodobnost, že dva lidé s tou stejnou diagnózou nemusí mít ani jeden společný symptom. A tím pádem terapie zaměřené na diagnózu, doporučené, tak je to blbost. Dva lidé, kteří nemají nic společné mají tu stejnou treatment, to je blbost.

5. CO POVAŽUJETE ZA SILNÉ STRÁNKY PCA?

Netlačí na pilu, na výkon. Přijetí takového, jaký jsem, akceptace, protože prostě většina psychických poruch nezmizí, ani když projdeme nějakou intenzivní terapií, tak proto je to o akceptaci. Ale samozřejmě ta opravdovost. A vztah...že člověk může být ve vztahu.

6. VNÍMÁTE NĚJAKÉ LIMITY? JE PRO VÁS NĚCO VÝZVA?

Například to s tou rodinou. Hledám si tam tu svou rovinu. Nemám se tam o co opřít. To bylo takové...zkusila jsem i výcvik v Motole, a odešla jsem odtamtad, protože jsem to nedávala. Prostě mě to nebavilo, bylo to moc teoretické. Vlastně ta pozadí, ty teorie, které jsem si měla nastudovat, abych byla dobrý terapeut a mít ty konstrukty, stavět si je tam, to mě tak otravovalo, že jsem si řekla, že mi to nedává smysl.

Takže v tom rodinném se tak hledám, to mi tam nějak chybí. Ale možná je to nějaká chiméra, že možná už nikdy nenajdu ten způsob, který bude takový „takto to budu dělat, to je nejlepší“, nikdo pro mě takový nevymyslí, protože už jsem dost stará na to, abych to někomu sežrala i s navijákem. Už mám celkem dost zkušeností, asi si musím něco vymyslet sama, že už to je tak, že už neexistuje univerzální pravda. Tak to je takové nepříjemné, ale možná to tak je...ale bylo by fajn, že pokud existuje něco, s čím se lépe pracuje, pro někoho, kdo začíná, má se o co opřít, dá mu to tu důvěru v sebe.

A to u té práce s rodinou nepociťujete, že se dá takto něčeho chytit?

Ne. Možná pár prvků toho kurzu z Anglie. Ale hledám si tak nějak něco svoje.

Setkala jste se s klientem, u něhož PCA nešlo použít?

Často. Odcházejí...tihle lidé. Mně to přijde takové prázdné. Ti lidé přijdou k psychologovi, čekají, že jim dá ty rady, že jim poví, jak to teda dělat, a já jim nic takového nedám, řeknu jim, že to vlastně nevím, jak by to mělo být. A potom já neumím moc pracovat s lidmi, kteří jsou destruktivní, v tom smyslu... ve vazbě, osobnostně destruktivní. To jsou lidi, kteří vás naserou, a tak to mají v životě. Strašně lidi vytácejí a dostávají se do té bludné...a jsou takto vztahově destruktivní a je to jejich problém vydržet v tom vztahu. To nedávám. A tam rozumím, že ta struktura pro ně může být mnohem srozumitelnější. To [PCA] může být jako úskalí pro lidi, kteří jsou bezhraniční, obviňují lidi, že jim je zle, tak tam, když přejdu do takového volného vztahu... Ale nevím.

Je ještě kromě již zmíněných, nějaká skupina lidí/situace, kde byste nešla do použití PCA?

No lidi, kteří tu terapii vlastně nechťejí, tak udělám psychologické poradenství. Já jim poradím. Měla jsem tu slečnu, která chtěla, abych jí řekla, že to udělala dobře, já jsem jí to řekla a ona odešla spokojená. Tam není smysl, abych jí něco říkala, možná bych jí i tím ublížila. A určité bych nemohla pracovat s lidmi, kteří jsou násilníci, to vím, to je můj limit, já bych je nemohla přijímat. A s nějakými nacisty, kteří jsou aktivně v nějakém hate-hnutí.

7. JAK SE U VÁS PCA SNÁŠÍ S TÍM MEDICÍNSKÝM MODELEM, JAK FUNGUJE ZDRAVOTNICTVÍ (DIAGNOSTIKA, KLIENT-PACIENT)? JAK MOC VÁM ZDRAVOTNICKÁ PRAXE ZASAHUJE DO VAŠÍ PRÁCE?

Moc ne. Někaká pravidla jsou fajn. Je to nějaká daň za to...klienti vědí, že budou mít nějaký záznam, že budou mít diagnózu...a je to daň za to, že to za ně zaplatí pojišťovna. Přijde mi to tak ale čisté. Oni to vědí, že budou mít diagnózu, nebo s ní přicházejí. A nemusí to tak chtít, ale musí jít pak někam jinam na cash.

Ve vaší praxi se tedy ten psychiatrický způsob uvažování nepotkává až tolik s PCA?

My jsem fakt psychoterapeutické zařízení. Naše psychiatricky jsou psychoterapeutky a velmi osvědčené. Máme jednu, která je psychoterapeutka, a jedná která není, ale je osvědčená v tom, má to takové jasnější s těmi lidmi. Hovoří s nimi o těch diagnózách, mluví o tom, že léky jsou fajn, ale vlastně dokáže akceptovat, když lidi řeknou „ne“. To ne každý psychiatr dělá, ale myslím, že je důležité, aby ten člověk měl možnost volby. Pokud není v ochranné léčbě nebo tak.

Jak jste vnímala psychiatrický přístup při práci v léčebně na Slovensku?

Tam to byl jasný střet. Tam to byla hierarchizace, nemocniční...já bych kvůli tomu nikdy nešla do nemocnice, do psychologické ambulance kvůli tomu, protože tam je ta diagnostika. Ale to nemocniční je o té hierarchii, tam člověk je jako v armádě, je tam jen malý prostor uhnout. Může uhnout, ale je velmi jasný ten

jeho píseček.

Je tam prostor pro PCA?

Je. V té psychoterapii. Psychoterapie nikoho nezajímala v té době, takže já jsem si mohla dělat, co jsem chtěla, to bylo úplně jedno. Psychiatri nezajímala psychoterapie v té době. Myslím, že se to zlepšilo, doufám. Ale myslím, že ten zdravotnický systém nepočítá s pacientem jako s partnerem. A někdy to vlastně ani nejde. Debata v psychiatrickém Neklidě, o chování personálu v Bohnicích. Je to dvojaké, je fajn, když má člověk možnost volby výběru, ale někdy si myslím, že ta choroba mu sebere tu volbu. Že jí ztratí tou chorobou a může ohrožovat sebe i druhé a tehdy je těžké rozhodnout, tak ho necháme na pospas anebo fakt zakročíme a fyzicky ho přikurtujeme anebo zaklekne, aby nevyskočil z okna. V těchto krizových situacích tam moc volba není. V krizových situacích pro PCA moc prostor není. Když je válka, tak se neptáme, kdo by tak chtěl jít na frontu. Když je krize potřebujeme zasáhnout, ale když pomine, tak by se měly vrátit kompetence tomu klientovi. A tak se i bavíme s těmi klienty. Tak to funguje v rodině, když je krize, rodina zmobilizuje síly, převezme všechny kompetence klienta, což je fajn v momentě, kdy blázní, je to dobré, že rodina začne fungovat. Ale potom, když přestane, rodina už ty kompetence nevrátí, a tam to začne skřípat. On je funkční, ale rodina má z toho strach.

Když k vám přicházejí lidé se smýšlením „pacienta“, jak s tím pracujete?

Psychoterapie může mít různé úrovně. Může být velmi vysoká, kdy ten člověk je schopný vnitřní práce, že nahlíží sebe, jak tam má ty škatulky, podívá se, popřesouvá a odchází lépe zorganizovaný. A potom jsou lidé, kteří na toto nikdy nedosáhnou nebo nemají zájem, nemají kapacitu, schopnosti, a tam očekávat toto je nesmysl. Tam ta psychoterapie je o tom velmi bazálně podporovat, a to nemyslím jen preterapeuticky, prostě jak se mají. Tam je to prostě o tom být s tím člověkem, jak se má, jak to zvládá s tou dcerou ve škole, jak to je v té práci. Někdy je to velmi těžké toto akceptovat...toto je jediné, co s ním můžu dělat. To je strašně těžké... A je to to nejlepší, myslím, že to je pro něj důležitý, že má kam přijít. Chodí si sem pro nějaký kontakt, chodí si, protože je paní doktorka vidí, že jsou v pořádku, je to pro ně jistota. A je to OK. Je důležité mít ty klienty nakombinované, nemít jen takovéto lidi. Samozřejmě každý máme ambice, jak prozkoumávat ten vnitřní prostor, jak s nimi půjdeme tou cestou. Ale tady je ta cesta velmi jednoduchá, tam chodíme jen po dvorečku.

Je i to pro vás PCA?

Ano! To je nejvíc PCA. Tam musím nejvíc pracovat na sobě, protože fakt držet se tam, kde je ten klient.

8. MÁ PCA HLUBŠÍ DOPAD NA VÁŠ ŽIVOT I MIMO PRAXI?

Nějak jsem se vždycky snažila držet si... to, jak vystupuji v práci je jedna role, to, jak vystupuji doma je něco jiného. A snažím se to držet oddělené, abych doma nedělala terapii, protože prostě to je falešné. To, co zasáhlo to, jak funguju doma, je, když se mi něco děje, jsem naštvaná, zoufalá, vyděšená, tak ten nástroj použiju na sebe. Že se podívám do sebe a snažím si to tam nějak uspořádat, abych tomu nějak rozuměla, a v tom mi to pomáhá.

Sama sobě si položíte terapeutickou otázku?

Ano, hledám ten důvod, proč se to děje a jdu do té hloubky. Když najdu tu odpověď, ty emoce se promění, rozumím tomu, proč jsem úzkostná, proč je mi blbě a potom už s tím něco můžu dělat, že mi to dává vlastně kompetenci.

Byla pro vás zásadní nějaká zkušenost z PCA výcviku?

Myslím, že to, co mi pomohlo, bylo přijmout sebe. Nějak nahlédnout sebe, že jsem taková obyčejná, že nejsem nijak výjimečná. Myslím, že to šlo nějak s výcvikem a potom to nějak dožrálo.

Co vás podporuje vytrvat v PCA?

Je to jediné, co znám. Víím, že takto to dělám, jsem v tom...cítím se v tom v pohodě, cítím se v tom pevná. Supervize samozřejmě, ani nemusí být PCA, oni jsou si všechny podobné, v konečném důsledku pracují všechny školy se vztahem. A občas, když si přečtu nebo poslechnu nějaké přednášky, tak mi dodá pocit, že je to dobré.

Zapochybovala jste někdy o přístupu?

Když se to s klientem nehýbalo, tak jsem měla pochybnosti „ježíšíkriste měla jsem dělat něco jiného“, „je to to správné?“, „neměla bych dělat víc“, „nemělo by se to hýbat víc“ a to mi napadá často. Ale právě to PCA mi pomůže „zklidni se, je to o klientovi ne o tobě“. Mě se často stává, že v té naléhavosti se to v té terapii nehýbe, já jsem zoufalá, bezmocná a ty emoce tam tak plavou jako v polívce. Tak se často na ně nachytím a začnu si je jakoby rozvíjet, ale v ten moment ztratím kontakt se sebou, necítím se usazená a když se to stane, tak to, co mi fakt pomůže je odsunout ty nějaké přebytky a vrátit se zpět k tomu, jak tu sedím. A to je fakt velká úleva. A jakmile tam nemám to svoje, o to víc můžu být s tím klientem, být s ním plně.

Jak klientovi reflektujete tento proces?

Někdy to řeknu. Někdy se ho ptám „tak jaké to je?“. Fakt to chci vědět u klienta, který je jako osobnostně křehký a nedostali jsme se přes fázi, že mi důvěřuje. A tehdy se ptám „jak vám v tom je, je to lepší, když do vás pumpuju, ptám se, zajímám se, tahám ho, anebo je to lepší, když nechám prostor“ a bavím se o tom. Podle těch osobností. Nemusím předstírat onnipotenci, já jako fakt nevím. A někdy to, že můžu být v tom „nevím“ (to je z OD), že můžu být v té nejistotě. Ta nejistota je velká, já nevím, jak to dopadne, neumím to predikovat, neumím to zařídit, je to obrovská nejistota, která vyvolává úzkost. A oni jsou v tom ještě víc, protože v tom žijí celou dobu. To, že to můžu říct a nezblázním se, můžu v tom být, nevykopnu je, je nějak důležité.

Tak to musí být dost osvobozující pro práci...

Ano, když se to podaří.

9. BYLA PRO VÁS NĚJAK FORMUJÍCÍ NĚJAKÁ LITERATURA O PCA?

Ne, já si pamatuju, jak jsem se těšila, že tu teorii všechnu zapomenu. Já si pamatuju takové ty samizdatově vytištěné podmínky, Rogersův první traktát. Bylo to šíleně přeložené, ale mě to přijde velmi blbuvzdorné, je tam všechno vlastně.

10. CO BYSTE DOPORUČILA PRO VSTUP DO KLINIKY?

Trpělivost. Přijde mi to zajímavé, krásné.

RESPONDENT 3

1. MĚ BY NA ZAČÁTEK ZAJÍMALO NĚCO O VAŠEM ZÁZEMÍ – ČEMU SE VĚNUJETE, ZDA SE SPECIALIZUJETE NA NĚJAKOU KONKRÉTNÍ SKUPINU?

Co se týče klinice práce, tady ve Fokusu té klinické práce dělám už minimum, tady už jsem hlavně v manažerské pozici. Víc jí dělám na psychosomatické klinice a tam mám lidi s obtížemi psychosomatickými, i lidi, kteří patří do toho ranku psychotických obtíží.

Jak dlouho pracujete jako klinický psycholog?

Od roku 2002, 17 let.

Kromě přístupu zaměřeného na člověka máte ještě nějaké další výcviky?

Úplně jako v rozsahu plnohodnotného psychoterapeutického výcviku ne. Mám takový roční kurz v přístupu, který se jmenuje Otevřený dialog, který je vlastně pro práci s rodinou a se sociální sítí člověka. Dialogický přístup.

Jak se dobře se PCA doplňuje s Otevřeným dialogem?

Myslím, že se to dobře doplňuje. Pro mě to byla vlastně nějaká možnost, jak rozšířit ty principy, který využívám v PCA, právě při práci s rodinou, nebo širším okolím toho člověka, což třeba u lidí, kteří jsou zasaženi nějakým psychotickým onemocněním, je často nutné zavzít do toho procesu i další lidi.

2. PROČ JSTE SI ZVOLIL PROFESI KLINICKÉHO PSYCHOLOGA?

[Smích] To je příběh, který má osobní rozměry. Určitě bylo nějaký období, kdy jsem docela hledal, co chci dělat, nebyla to úplně přímá cesta. Já jsem se na vysokou školu hlásil a nastupoval ještě za minulého režimu a tehdy takový školy jako filosofická fakulta nebyly úplně lákavý, takže jsem původně studoval MatFyz. Pak vlastně jsem ale zjistil, že mě to nějak nenaplňuje, tak jsem přes různý hledání přišel na tenhle obor. Souviselo to s tím, že jsem tehdy nějak dobrovolnický působil u Apolináře ve Středisku pro mládež a rodinnou terapii. Jsem tam dělal s kamarádama, těma mladejma lidma. Vlastně mě ta práce s lidma začala bavit, takže jsem se rozhodl pro studium psychologie a vlastně už od začátku jsem vlastně šel studovat psychologii s tím, že chci dělat hlavně psychoterapii. A kamarádi některý už byli ve výcvicích, takže to bylo inspirativní. Takže já jsem současně s tím, jak jsem šel na psychologii, jsem rovnou nastoupil do výcviku, tehdy to nějak bylo možný, i tím, že mi bylo o pár let víc, tak mě tam vzali.

Dokážete říct, co bylo inspirativní na té psychoterapii?

Tak jednak jsem zjistil, že mě baví pracovat s lidma, být u toho, když nějakým způsobem se otvírají, zrajou, rostou. A že mi to nějakým způsobem jde.

Je to něco, co aktuálně zažíváte ve své psychoterapeutické praxi? Nebo se to proměnilo?

Je to něco, co zažívám. Je to ta nejdůležitější motivace po mojí práci.

3. PROČ JSTE SE ROZHODL PRO PCA VÝCVIK?

Bylo to ze dvou důvodů. Jeden byl zcela pragmatický, že byli ochotný, mě tam tehdy vzít, na rozdíl od jiných. A druhý byl ten, že je mi to určitě osobně velmi blízký, nechávat věci růst a podporovat je ve vlastním růstu. A ne třeba je usměrňovat někam a vymýšlet, kam by se kdo měl rozvíjet.

4. KDYŽ MÁTE ZA SEBOU TU VÝCVIKOVOU ZKUŠENOST, PRAXI V TOMTO PŘÍSTUPU, DOKÁŽETE ŘÍCT, CO PRO VÁS PCA ZNAMENÁ?

Tak je to určitě něco, co je součástí nějaký mí životní filosofie, nějak to jako rezonuje s mojí životní filosofií, s mým přístupem ke světu, k životu. Takže to není jenom jako metoda práce, ale asi to rezonuje s tím, jak se snažím v životě fungovat.

Promítl se jazyk PCA do vašeho jazyka, fungování?

Do toho osobního...tam myslím, že se to tak jako potkává s tím mým osobním nastavením. A do toho profesního ano, a myslím, že do něj hodně proniklo to, že léta jsem vlastně tady fungoval, pak i vedl tým, kde byli kolegové, kteří měli různé výcviky. Většinou buď humanitního nebo psychodynamickýho zaměření, a to byla velmi obohacující zkušenost, a zároveň ten jazyk, kterej používám nějak je obohacenej jejich přístupama, jejich pohledem. Nepochybně jo, některý věci se snáz pojmenují slovy z jiných přístupů, a zrovna tak asi výcvik v integrativní supervizi, kde přece jenom je ten background širší a využívá se i jiných přístupů. A to je možná další obohacení k tomu základu. (supervizní výcvik mám dokončený, nemám hotové zkoušky, ale supervizi dělám).

Jaké jsou odlišnosti integrativního přístupu od PCA?

Myslím, že ten integrativní přístup je nějaký rámec, ve kterém si člověk hledá svoji parketu. Nepochybně je to hodně blízky PCA, tak ono taky, supervize v PCA je něco jiného než PCA terapie. Přece jenom supervize jako činnost je trochu jiná a určitě je tam společné to základní, že cílem je růst toho člověka se kterým pracujete. V terapii je to jednoznačný. V supervizi je konečným cílem prospěch klienta, což samozřejmě většinou vede k rozvoji toho terapeuta, nebo pracovníka, který s tím klientem pracuje. Ale může být chvíle, kdy je to nějak potřeba řešit jinak. Ve chvíli, kdy by ten pracovník neměl náhled na to, co dělá, jak třeba ubližuje klientovi, tak člověk musí vystoupit a hledat jiné řešení, někdy i nějaké direktivní. Zrovna tak jako je tam určitě víc prostoru na edukaci, to zvlášť k té výcvikové supervizi taky patří, takže je to trochu jiný proces než terapie, ale je nesenej stejnejma principama.

5. JAK SE PCA PROJEVUJE VE VAŠÍ KLINICKÉ PRAXI?

Přemýšlím, jak to popsat. Podle mě ten přístup, jak pracuju s klientama, je hodně založen na PCA. Je pravda, že když dělám výcvikovou terapii, tak se snažím ty principy tam tak jako uplatňovat striktněji. Ten rozdíl je v tom, že v klasické terapeutické práci občas, když se mi objevuje nějaká zajímavá interpretace, která mě už napadá poněkolkáté, tak ji tomu člověku nabídnu. Někdy můžu taky komentovat proces, což se taky v tom klasickém PCA nedělá. Ten terapeutický proces nebo proces se skupinou. Ale jsou to spíš takový drobný odlišnosti. Jinak to je ale tak, že vytvářím prostor, kam ten člověk přináší, co má pocit, že tam potřebuje přinést a když se to daří, může se tam cítit bezpečně, přijímaně, a může tam prozkoumávat víc sám sebe. Je to prostor, ve kterým se může lépe stávat sám sebou, když použiju trochu Rogersových slov.

Dalo by se popsat, jak konkrétně vytváříte ten prostor?

Tím, jak tam s tím klientem jsem, tím, že se ho snažím přijímat a podporovat takovým způsobem, aby to byl schopnej vnímat. Snažím se mu dávat najevo, tak jak vnímám jeho hodnotu jako lidský bytosti a jeho potenciál k rozvoji.

Promítlo se PCA do vašeho vztahu k duševnímu onemocnění, psychopatologii? Jak se k ní stavíte, vysvětlujete si ji?

Upřímně řečeno, já moc ve smyslu diagnostiky, tomu moc neholduju, přesto že jsem v té klinické oblasti a lidi buď přicházejí anebo jim nějakou diagnózu dát musím, aby tu léčbu pojišťovna platila, tak je to pro mě nějaká škatulka, která je napsaná v počítači a ten počítač ji generuje pojišťovně, a dál mě většinou ta diagnóza nezajímá. Na druhou stranu to třeba je specifikum té práce a v tom je trochu podobná ta práce s lidmi s psychotickou zkušeností a lidmi s psychosomatickými problémy, že obě tyto skupiny nemají moc přístup ke svému prožívání. K tomu, co jim děje, k emocím. Tak tam bych pak dokázal říct, že třeba v nějaké fázi jim i nabízím možnost toho, co se v člověku může odehrávat v různých situacích, a snažíme se vlastně přes ty nějaký nabídky, pokud se jich chytanou, dopátrat k tomu, jestli se takovýhle emoce u nich objevují a tak. Je to fakt často tak, že ty lidi tam ty emoce přinesou, protože jsou pro ně někde hodně daleko. Určitě mám nějakou představu klientů, kterým volně říkám „hraniční“, některý z nich nemá diagnózu hraniční PO, ale mají nějaký rysy tomu podobný, u nich vím, že se nějaký věci v té terapii mohou odehrávat, že ten terapeutický vztah může být hodně náročný. To je tak jako všechno, to je moje nějaká příprava na to, co se může dít a v některých fázích uklidňování se, přestože se dějí nějaký náročný a divoký věci, tak to k tomu patří, není to, že bych s tou diagnózou nějak víc pracoval.

Pomohl vám výcvik v tom, že vám dal nějaké postupy, návody, jak pracovat, vztahovat se k těm konkrétním duševním onemocněním?

Já bych řekl, že mi pomohl spíš v tom, že mi dal důvěru, že ten základ toho PCA funguje. A zároveň nějaký prostor hledat nějaké způsoby, v různých situacích a vzhledem k různým lidem s různými diagnózami, které mohou pomoci. Spíš mi to dalo základ, abych se těmi diagnózami tolik nezabýval.

Jsou nějaké situace, kdy diagnostiku musíte dělat?

Diagnostiku klasickou už dost let nedělám. Dělával jsem ji. Možná mi to i v nějakých chvílích přišlo zajímavý a bavilo mě to, akorát pak musím říct, že povětšinou mi to až tolik k ničemu nebylo, krom nějakých případů – odhalení organicity, kde je pak třeba postupovat jinak. Takže dneska psychodiagnostiku, pokud možno, přenechávám kolegům, který ji dělají. Vlastně pouze v případě, že mi někdo přijde do terapie, kdo neprojde příjmem v tom zařízení...protože většinou jak tady [ve Fokusu] tak na psychosomatické klinice je nějaký příjmový postup, kde se ta diagnostika odehraje...tak nějakou diagnostiku samozřejmě udělat musím, ale je to prostě na základě klinického rozhovoru. Není to, že bych nějak k tomu využíval testové metody a je to upřímně řečeno, abych naplnil to, co je potřeba pro pojišťovnu, aby ten člověk pro tu pojišťovnu měl nějakou relevantní diagnózu, která odpovídá na jednu stranu tomu jeho stavu, na druhou stranu tomu, že čerpá psychoterapii.

Objevuje se PCA v diagnostice? Dá se to tam uplatnit?

Jak to dělám dneska...pro toho člověka je to vlastně úvodní terapeutický rozhovor, který je holt vykázaný jako cílený vyšetření s nějakým závěrem, ale on to nějak speciálně nepozná, krom toho, že prostě je to nějaký první sezení, který je ale vždycky nějak specifický. Ten člověk povídá trochu víc o tom, s čím přichází a tak. A možná, že se tam trochu doptám na nějaký ty věci, který potřebuju vědět, typu adresy a rodného čísla apod. A možná ještě pár otázek, pokud je tam nějaká anamnéza psychiatrická. V dobách, kdy jsem dělal klasickou diagnostiku, to je trochu složitější, dokonce myslím, že ten diagnostický vztah je jiný než pracovní vztah v terapii. Jsem přesvědčenější, že nelze dělat diagnostiku člověka, kterýho už v terapii mám, protože ty metody by házely podivný výsledky. Ty odpovědi jsou normované na to, že ten člověk má určitou míru nedůvěry apod. Pak když to tam není splněno, tak to vychází někde úplně jinde. Párkrát se mi stalo, že člověka,

kterýho jsem diagnostikoval, jsem pak vzal do dlouhodobý terapie, a to se dalo. Myslím, že jestli jsem v něčem to PCA při té diagnostice uplatnil, tak pak ve způsobu, jakým jsem s tím člověkem ty výsledky probíral. Kdy teda – to už je dneska víc standard, byť ne všude – dostávali lidi vždycky ode mě výsledky do ruky, a zároveň jsme si dali vždycky půl hodiny na to, abychom o tom mluvili, aby to pro ně bylo nějak celkově podpůrný, pokud možno.

Jak vlastně vypadá vaše terapie?

Hodně různě, závisí to na tom, s kým ta terapie je. Takhle...vedeme rozhovor s lidma, jsou lidi, který hodně mluvěj, jsou lidi, který mluvěj málo, jsou lidi, který mluvěj o svezích hodně niternejch vězech, jsou lidi, který je maj zpracovaný tak jako hodně filosoficky, existenciálně, jsou lidi, kde se víc pohybujeme v tom emočním poli, víc se bavíme o vztazích...vlastně to nedokážu moc popsat...prostě sedíme a povídáme, někdy víc, někdy míň. Občas ještě – to je moje specifikum – pracuju v rámci skupin i individuálně s poezií. Jsou lidi, který věci píšou, tak třeba nosej texty, který napsali mezi sezeníma a bavíme se o nich. Ne že bychom je rozebírali, interpretovali, spíš se bavíme o nějakých prožitcích, který jsou v tom obsažený. To je pár lidí, který mají o tenhle styl práce zájem.

Co je vlastně na poetoterapii léčivé?

Pro mě je tam několik důležitých rozměrů. Jednak poezie prostě nejde tvořit bez toho, aniž bych byl v kontaktu s tím, co se ve mně děje, se svým prožíváním, takže je to cesta k prožívání. Zároveň psát poezii znamená dát tomu nějakou formu, to znamená, že je tam nějaká spolupráce, poměřování, vstupuje do toho jak ta složka prožívání, tak ta složka racionální, která to zpracovává, což je podle mě velmi důležitý pro zdravě fungujícího člověka, aby tyhle dvě složky spolu dobrým způsobem spolupracovaly a vytvářely dobrý tvary. To je jedna věc. Druhá věc je, že jakákoli tvůrčí činnost vlastně člověka nakonec může vést k tomu, že se tvůrčím způsobem ujme vlastního života, což bych taky pojmenoval, že je taky možná jeden z cílů psychoterapie obecně. Další věc je, že poezie má svůj nějaký existenciální rozměr, že prostě za poezií si člověk nějakým způsobem stojí, že to, co tam napíše, nějakým způsobem naplňuje. Dělal jsem výcvik v PCA, ale ten existenciální pohled mi byl vždycky taky nějak blízký, takže pokud se skrz tu poezii do té terapie nějak dostávám, tak je to také práce, která mě těší.

Dokážete říct, jak se kombinuje poetoterapie s PCA?

Pro mě je to PCA ten základní rámec, v kterým pak můžu dělat různý věci, a důsledkem je, že ať pracuju s poezií, nebo když s kolegy vedeme jiné, expresivně zaměřené skupiny, tak vlastně jde o ten prožitek, který se odehrává u té tvorby a není to zaměřené na produkt, interpretaci, odhalování, ale vlastně na to být se sebou, moci něco prožít, srovnat si skrze to ty věci v sobě. Někdy je to tak, že lidi mají už věci hodně propovídaný v terapiích a potřebují trochu jiný kanál, a poezie, přestože pracuje se slovy, tak je neverbální umění v tom smyslu, že s těmi slovy dělá něco jinýho, než když normálně verbalizujeme. Je to přístup k jinému kanálu. Jsou pro mě důležitý i další přístupy, který nedělám, ale tím, jak pracuju v týmech, tak to má tu výhodu, že můžu člověka buď přeposlat do individuálu, nebo může jít někam na skupinu, kde třeba může víc pracovat s tělem. To je rozhodně důležitý a v těch řezech to můžeme ztrácet, v čistě verbální psychoterapii to můžeme ztrácet, takže pak je možný poslat toho člověka na nějaký program ještě, kde se mu dostane kontaktu s tím tělem.

Vnímáte, že PCA terapii je spíše verbálního rázu?

Myslím, že se tam může stát, že na to tělesný se možná zapomíná. Tam je zajímavý, jak Rogers vlastně

popisuje, jak práce s tělesným kontaktem byla pro něj náročná, vždycky v tom hodně váhal, takže spíš to popisuje jako ojedinělé případy, když třeba někoho obejmul, a jak vlastně jeho dcera už v tom byla mnohem svobodnější a vnučka ještě víc. Takže nějakým způsobem se to snažím mít v patnosti. Ale zároveň běžně na těch sezeních pro tu práci s tělem zas takovej prostor není. Někdy zajímavý vliv na to může mít tady pes [v průběhu rozhovoru byl přítomen terapeutův pes], kterýho občas mám na terapii, kterej sice nemá výcvik v canisterapii, ale je docela šikovnej, a tuhle rovinu [tělesnou] tam nějak dokáže vnášet, protože lidi se s ním rádi mazlejí a on se rád mazlí. A najednou ten člověk nesedí na židli, ale sedí se psem na zemi, a jsme úplně v jiný poloze a tu terapii to může posunout.

Vnímáte nějaké limity PCA?

Tohleto [tělesná rovina] je určitě nějaký pomezí, o kterým je dobrý vědět, a vědět, jak třeba ten přístup rozšířit. Další pomezí, na které jsem narážel, bylo tam, kde jsme se dotkli Otevřeného dialogu, to znamená tam, kde je potřeba pracovat nejenom s tím člověkem, ale v nějakým širším kontextu rodiny a dalšího okolí. A pak vlastně moje otázka úplně dlouhodobá bez úplně jasné odpovědi dodnes... tím, že pracuju s lidma procházejícíma psychotickou zkušeností... jestli když vlastně Rogers vychází z toho, že u každého člověka existuje ta aktualizací tendence, který je potřeba dát prostor v té terapii, aby se mohla uplatnit...jestli je možný, že u někoho prostě ta aktualizací tendence selhává nebo se dokonce obrací proti němu. V nějaký metafoře...existují autoimunitní onemocnění, který vznikají tím, že procesy, který jsou normálně uzdravný a záchovný, se najednou zvrhnou a působí více škody než užtku. Nemám to úplně jasně rozhodnutý, protože se pohybuju mezi lidma, který tuhle zkušenost maj. Tak vím, že některý považujou v zásadě za pozitivní – a hodně se o tom hádaj s psychiatry [smích] – že nechtěj bejt léčený, nebo jen minimálně takovým jako velmi rázným způsobem. Chtějí mít možnost tím procesem v nějakým bezpečným prostředí projít a věří v tom, že vede k dobrým koncům, a rozhodně, minimálně u části lidí, se tak děje. Nicméně, i v zahraničí konstatují, že nějaký procento lidí, který se sami, ani s pomocí okolí, nedokáží tím psychotickým procesem nějak prodrat a ztrácejí s v něm. A to řešení je ten proces nějak utlumit a v terapii spíš pracovat na tom, jak vlastně s těma věcmi srovnat a jak s nima žít, a hledat prostor. Nemám na to jasnou odpověď.

Takže toto (hledání prostoru, srovnávání, učení se s tím žít) je způsob, jak se vyrovnáváte s pochybnostmi o aktualizací tendenci vy osobně?

Stejně vlastně nemám těm lidem moc co lepšího nabídnout. Takže to, jak chtějí tím procesem procházet, jak ho blokovat farmakologicky, nechávám na jejich rozhodnutí.

Je pro vás někde, v něčem ještě nějaká výzva při aplikaci PCA?

Myslím si, že výzva, se kterou se už potýkám drahně let je moje působení na manažerských pozicích a vlastně uplatňování PCA v managementu, kde fakt myslím, že se to furt učím.

Dokážete říct, v čem to je výzva?

Nějaký vyvažování toho že...pro mě vlastně nejzávažnější na té manažerský práci je zase možnost dělat prostor lidem, aby rostli, tentokrát teda zaměstnancům té organizace, vytvářet jim k tomu podmínky. A zároveň to není úplně konečným cílem té práce, konečným cílem je nějaký fungování té organizace, která má nějakou činnost a nějaké poslání. Je ideální, když se tohleto daří skloubit, ale někdy ty věci můžou jít proti sobě. Taky je potřeba umět v tom zacházet dobře se zodpovědností. Samozřejmě, že v PCA je posilování zodpovědnosti každého za to co dělá, ale zároveň člověk si musí nechat kus zodpovědnosti, kterej mu na té manažerský pozici patří, to nelze házet někam dál. Tak to jsou takový jako otázky, se kterýma se pak potýkám.

Co považujete za silné stránky PCA?

To, že umožňuje rozvíjet silné stránky lidí, se kterými pracuje. To, že umožňuje stavět na tom, v čem jsou dobří, co jim jde, co je baví.

Jak se stavíte k autenticitě? Jak je u vás tento princip živý?

Mě připadá, že bych to ani nemohl dělat jinak. Ale je to samozřejmě něco, s čím se člověk učí zacházet. Mě by určitě nebavilo a nenaplněovalo hrát nějaký role, potřebuju být v tom kontaktu a ve vztahu s klientem sám za sebe. A zároveň vlastně vždycky, to, co tam vnáším, co se ve mně děje, tam vnáším tak, aby to nějak bylo užitečný pro ten terapeutický proces. To znamená, že rozhoduju co, kdy a jak, z toho, co se ve mě odehrává, tam vnést. Zároveň se pořád setkávám s novými výzvami. Pracuju nějakou dobu s paní, která toho potřebuje o mně hrozně moc vědět a strašně moc porovnávat to, co se děje v ní, a to co se děje ve mně, a jak funguju já v životě, jak funguje ona v životě. Tak tam jsem zase ty svoje hranice posunul o hodně dál, protože mám pocit, že je to potřeba pro ten proces, tak prostě to je určitě věc, kterou se člověk stále učí.

U těchto konkrétní klientky vnímáte tedy, že je to užitečné?

Ona se fakt jako vyptává, chce vyslechnout spoustu věcí a já samozřejmě rozvažuju, jak na to reagovat, nakolik se snažím zachytit, proč to potřebuje vědět, a na kolik jako naplnit tu její potřebu. Snažím se to tam nějak držet obojí v tom poli, a zároveň to vypadá, že ten proces by jinak fungovat nemohl.

Kde je pro vás hranice?

Třeba na hranici jsme narazili, když se začala ptát po tom, co si o něčem myslí moje žena. A to je něco, i co záleží na nějakých mejch pocitech, že já můžu být otevřený sám za sebe, ale nemám žádný mandát být otevřený za další lidi.

6. JAK BYSTE ŘEKL, ŽE SE PCA SNÁŠÍ S TÍM MEDICÍNSKÝM MODELEM, S TÍM, JAK VY OSOBNĚ JSTE ZAŽIL ZDRAVOTNICKOU PRAXI?

Tak já osobně jsem měl to štěstí, že nikde jsem se s tím nemusel úplně potýkat. Nepracoval jsem na pracovištích, kde by byl jako až takový důraz na biomedicínský model. Takže v zásadě jsem měl vždycky prostor pro to, abych mohl fungovat tak, jak já chci, jak mi to dává smysl. Ten klasický biomedicínský model, ve kterém v poslední době běží hodně výzkumu terapie, mě přijde pro mě omezenější. Kdybych se měl pohybovat čistě v něm, tak bych to vnímal jako omezující pro svou terapeutickou práci.

Máte vlastně aktuálně nějaký kontakt, v nějaké formě, s tímto uvažováním?

Tak v nějaký míře samozřejmě. Je na něm založená legislativa zdravotnická. Člověk to, co dělá, do toho rámce nějak vtěsnat musí, ale on je naštěstí jako hodně daleko, tak není úplně omezující. Určitě jako pak jsou na něm založené výzkumy v psychoterapii, do nějaký míry můžou mít ty výzkumy dopady na to, co třeba pojišťovna bude proplácet a co třeba nebude proplácet, což naštěstí u nás není úplně otázka. Myslím, že třeba v Německu už PCA pojišťovna neproplácí, nejsem si tím teďka jistý, ale tam velmi zúžili ten výběr přístupů, přestože PCA v Německu měl velkou tradici. Nicméně, pro mě to, co dokáže takovejhle pohled jako zachytit z člověka, je nedostatečný. Potřebuju člověka vnímat v nějakých širších souvislostech, širší platformě, a pak s ním terapeuticky pracovat. Takže v tuhle chvíli to vnímám jako takovou tichou dohodu, že se u nás to [PCA] toleruje a úplně to nevypadá, že by někdo chtěl tu dohodu vypovídat.

Když jste v kontaktu s pojišťovnami, musíte pro ně psát zprávu z terapií?

Tak pokud se to děje v tom klinickém rámci, tak z čehokoli, co děláte, v žargonu zdravotnictví, „s tím

pacientem“ musí být zápis v dokumentaci. Takže mj. z každého sezení musí být zápis, naštěstí nemusí být moc dlouhý. Z legislativního hlediska mají ty terapeutický zápisy velmi speciální povahu, protože k nim nemá přístup ani sám pacient. Když si vyžádá výpis dokumentace, tak na zápisy z obsahu sezení nemá nárok. V principu by na ně neměl mít nárok ani revizní lékař, to znamená, že se pak třeba dávají zápisy, kde je ta hlavička, kde je teda téma toho sezení, aktuální stav pacienta, použité metody (což pro mě obvykle terapeutický rozhovor), a pak jsou třeba tři začerněné řádky, kde je obsah toho zápisu. Ale někde to být musí, a ve chvíli, kdy by třeba z té pojišťovny přišel nějaký specialista na psychoterapii, tak by asi měl i nárok se podívat do těch zápisů, jestli to nějak odpovídá. Což oni tam většinou lidí, co rozumějí psychoterapii, nemají. Ale rozhodně třeba ve chvíli, kdy by se řešilo něco soudně, tak by soud mohl chtít nahlídnout do těch zápisů, kdy by ten člověk něco provedl, nebo při nějakých rodinech rozporech atd. Jsou prostě chvíle, kdy by do toho někdo vstoupit mohl.

Používáte při tom zápisu jazyk PCA, nebo jste na jiné rovině?

Asi jsem na nějaké spíš formálnější rovině spíš. Upřímně já ty zápisy moc nedělám pro sebe. Tam, kde třeba mám terapie, který si lidi platí sami, si zápisy nedělám. Takže spíš je to pro mě nějaký spíš jako naplnění stránky a úplně to není jazyk v intencích PCA, to bych asi popisoval trochu jinak.

7. VNÍMÁTE NĚJAKÉ HLUBŠÍ DOPADY PCA NA VÁŠ ŽIVOT I MIMO PRAXI?

Já to mám spíš tak, že jsem se s PCA nějak osobně potkal, a úplně nedokážu říct, že jsou to dopady toho přístupu, v tom smyslu jako že jsem prošel výcvikem...určitě to, že člověk projde výcvikem je šance k tomu líp se poznat a naučit se pracovat sám se sebou...ale to myslím, že psychoterapeutický výcvik obecně je funkční. Za mě je to tak, že je to moje nějaký základní naladění, který s tím PCA rezonuje. Myslím, že v mém životě funguje velká většina věcí, který jsou s tím přístupem v souladu, ale zároveň to nevnímám tak, protože jsem se ho někde učil.

Pamatujete si z výcviku nějakou zkušenost, kterou byste označil jako formující, zásadní?

Jedna věc – celá ta atmosféra, která pro mě byla nějak tak úžasně otevřená a podpůrná, a dala mi prostor začít tam nějak fungovat a růst. Pak paradoxně si vybavím takovej silnej zážitek takovýho velkého souznění ve skupině, ve kterým ale jeden nebo dva lidi prostě jako nebyli, a v tu chvíli jako byli naladění úplně jinak a úplně proti, a když o tom mohli mluvit a mohlo se to tam otevřít, mohlo se tam jako vedle sebe podržet...ten úžasný zážitek toho souznění i ta možnost, že ne každý v něm teďka je, a zároveň je tam s náma a je nějak přijatý, i když v tom není. Takže to byl silnej zážitek. Přemýšlím, že pak ještě, když jsem dělal diplomku, tak jsem jí dělal na téma porovnání zkušenosti psychoterapeutického výcviku, studia matfyzu a hraní her na hrdiny (RPG), v rámci toho jsem dělal rozhovory s lidma jak z našeho výcviku, tak z jiných výcviků (většinou PCA), a to byl taky zajímavý prostor (bylo to na konci) ten výcvik nějak reflektovat.

Měl jste někdy pochybnosti o PCA?

Ne. Vyjma teda té pochybnosti, o který jsem mluvil, jak je to u některých lidí s tou aktualizací tendencí. A to vnímám jako nějaký možný omezení a situaci, kdy by bylo potřeba s tím člověkem fungovat jinak. Jinak jsem o tom zásadní pochybnosti neměl, a zároveň to mám tak, že rozumím tomu, že ten výcvik musí nějak ladit s osobnostní psychoterapií. Nemyslím si, že by všichni terapeuti měli dělat PCA výcvik a fungovat v rámci PCA, jsou lidi různý. A zrovna tak jako jsou klienti, který přicházejí a potřebují se zaměřit na řešení problému. Takže, když mi to některých případech dává smysl, a když mám důvěryhodný kolegy, který

dělaj třeba KBT a můžu je tam poslat, tak jsem za to velmi rád.

8. BYLA PRO VÁS DŮLEŽITÁ NĚJAKÁ LITERATURA VZTAHUJÍCÍ SE K PCA?

Během výcviku tady začali vycházet překlady Rogerse. Určitě Být sám sebou a Způsob bytí, tak to byly rozhodně knížky, co mě oslovovaly, s velkou chutí jsem přečetl. Pak knížka Natalie Rogers (nevzpomínám si na jméno). Pro mě ještě třeba zásadní knížka Já a ty od Bubera. Pak ještě, jak anglicky moc nečtu, tak před pár lety vyšly ty Rogersovy rozhovory s různěma lidma, včetně teda Martina Bubera. To bylo velmi zajímavý sledovat, ani ne tak v čem se potkávají, protože to mi vždycky bylo poměrně jasný, ale v čem se míjej.

9. CO BYSTE DOPORUČIL LIDEM, KTERÍ JDOU DO KLINICKÉ PSYCHOLOGIE?

Určitě, aby si udělali psychoterapeutický výcvik a pokud je jim blízké PCA, tak PCA. Já nemám nějaký obecný doporučení, protože tak jak prostě nedávám doporučení v terapii, tak je moc nedávám ani lidem, sjejm podřízenějm, respektive občas, když mám pocit, že je něco někde zajímavýho, tak je na to upozorním, ale je na nich, co s tím udělají. A k tomu si musí najít každéj svojí vlastní cestu.

RESPONDENT 4

1. MĚ BY NA ZAČÁTEK ZAJÍMALO NĚCO O VAŠÍ PRAXI, JAK DLOUHO SE V NÍ POHYBUJETE? NA CO SE SPECIALIZUJETE?

V té oblasti péče o duševní zdraví asi 10 let. Od začátku se věnuju hodně psychoterapii, vlastně celá ta moje praxe vždycky obsahovala jako velkou část tý práce psychoterapeutický, ale tou původní profesí je psychiatrie. Jsem psychiatr a psychoterapii využívám při té práci v tom měřítku, jakým mi to dovoluje vlastně ta klientela, se kterou zrovna pracuju. Já jsem dlouho dělal ve vojenský nemocnici. Nej dřív na lůžkovém oddělení, ale potom většinu času v ambulanci, takže tam se ta práce vždycky pohybovala tak půl na půl mezi tou klasickou psychiatrickou, kde se řeší celkově nějak strategie léčby, medikace, ale i psychoterapie. Já to obvykle držím tak odděleně, buď pracujeme nějak psychiatricky, to znamená, řešíme všechny ty věci, nějaký plán té léčby, medikaci, a když chceme pracovat psychoterapeuticky, tak to vlastně nedáváme dohromady, snažím se nemít pacienty, který bych i medikoval i měl v té terapeutický péči. I když je to jako jedna z takových variant, který se tady občas objevují, že si psychiatr i medikuje i dělá terapii...tak já to teda odděluju. A potom s postupem času jsem se začal víc a víc věnovat skupinový psychoterapii, takže posledních nějakých, řekněme šesti letech, jsem vždycky pracoval s nějakými skupinami, naposled jsem vedl denní stacionář, kde se pracovalo vlastně výhradně terapeuticky, tam už ta medikace vstupovala minimálně, minimálně nějaký úpravy, ale pracovali jsme čistě skupinově. V tuhleto chvíli už ten stacionář vedu tak spíš jako, že se neúčastním těch skupin, spíš jenom tak organizačně. Tak, jak jsem vám říkal na část týdne mám lidi v té psychiatrické péči a na druhou polovinu týdne v té psychoterapeutický, kdy pracujeme hlavně individuálně, a kromě toho se věnuju vedení výcviku a výcvikových skupin, supervizi terapeutů, především rogersovskejch, ale i jinejch.

Je PCA váš jediný výcvik, nebo máte ještě nějaký další?

Já mám ještě na tělo zaměřený výcvik, takový kratší, který pracuje s tělem v psychoterapii, ale ten

jsem vždycky vnímal jako takovej doplněk. Já pracuju vlastně téměř výhradně v mezích toho humanistického přístupu nebo PCA. To je to dominující. Filosofie té práce je PCA.

Proč jste si zvolil psychiatrickou profesi?

Psychiatrii...tak trochu nehou, protože ten směr nebo cíl bylo dělat psychoterapii. Chtěl jsem studovat psychologii, ale různým tím řízením vnějších vlivů, který v tom věku, kdy jsem si vybíral vysokou školu, měly pořád hodně velkou sílu pro mě, tak jsem nakonec nějak opustil původní myšlenku studovat psychologii, šel jsem studovat medicínu, kde jsem s postupem času sledoval víc a víc, že ta somatická medicína mě neláká a že pořád směřuju tam, kam jsem původně zamýšlel, takže jsem si vybral tu psychiatrii s tím cílem tu psychoterapii dělat. Výcvik jsem začal dělat už na medicíně, krátce po medicíně jsem ho dokončil a věnoval jsem se teda tomu původnímu záměru. Ta volba na tu psychoterapii byla asi ovlivněna několika lidmi, který jsem potkal, kteří byli psychoterapeuti, a byl jsem takový jako nadšený, jak smýšlí o lidech nebo jak mluví o lidech, jak je vnímají, jaký pro mě byl ten kontakt, který byl vlastně strašně odlišný od té masy, od té většiny těch lidí. To, co mě tak imponovalo byl nějaký jako respekt, úcta k názorům, určitá svobodomyslnost, takže proto ta psychoterapie. No a tu cestu jsem vám popsal, ta byla taková, ne úplně jako standardní, nebo přímá, ale vlastně jako jsem se dostal k tomu cíli.

Vnímáte ze svého průchodu medicínou nějaký přínos pro psychoterapii?

Ano i ne. Nejsem schopný říct jednoznačný ano ani jednoznačný ne. Myslím, že je to jedna z variant, jak se k té psychoterapii dostat, asi bych si jí podruhé už nevybral, ale to, proč to není přínos, je že vlastně na medicíně jsem dostal strašně moc informací o těle, o lidském zdraví, o nemocech, o léčení, ale ne všechny, zdaleka ne všechny [smích] se vztahují k tomu duševnímu zdraví, ani k nějakému jako holistickému pojetí toho zdraví. Ty se zaměřují strašně úzce, profilují se strašně úzce na ty jednotlivé systémy tak, jak ta léčba probíhá. Takže to jsou věci, které mě vlastně odváděly v tu chvíli, určitě to nejsou balastní informace, ani pro psychiatrii to nejsou balastní informace, ale jsou vlastně nadbytečné, v tom smyslu, že v té obecné míře, v jaké je ti studenti medicíny musí studovat, tak vlastně je ten psychiatr pak nevyužije. Ale asi to nejde jinak, nebo neumím si představit, že by se ten psychiatr zrodil jiným způsobem. To, co je druhá nevýhoda je to, že vlastně v té oblasti psychologie a psychoterapie a psychiatrie jsem na té medicíně šestiletý dostal strašně málo informací...tak jak jsem měl možnost potkat se s kolegy, tak někteří možná ještě méně na jiných fakultách, protože to je marginální předmět, psychiatrie určitě. Takže za dva semestry se psychiatrii nenaučíte a většina té přípravy na psychiatrii a psychoterapii probíhá v postgraduálu, takže pro mě to znamenalo pak jako docela hodně studia jak nějakých jako obecných věcí z oblasti psychologie, psychodiagnostiky, a potom samozřejmě té psychoterapie, kterou hlavně jako jsem získal ve výcviku. Takže z tohoto pohledu je to jako by trochu nevýhoda, možná dost nevýhoda, taky ta medicína připravuje k takovému jako technickému myšlení trochu a exaktnímu myšlení, jako kategorizujícímu, což v té terapii se vlastně moc nehodí, tam už to musíte trochu převrátit, uvažovat více v souvislostech a možná víc jako nechat ty věci, tak jak jsou, pozorovat je, abyste ty souvislosti mohl vidět, což není tak úplně medicínský způsob myšlení. To vlastně je pak potřeba v tom výcviku a té praxi najít trochu jiné způsoby.

No a to v čem vidím medicínu jako výhodu, je třeba v tom, že když třeba pracuju s lidmi s psychickým onemocněním, nejedná se o nějaké rozvojové poradenství, koučink, nebo práci na nějakých jako růstových tématech, tak ale pracujeme jako s patologiemi, tam se cítím asi zas naopak proti některým kolegům kompetentní, protože mám určitou představu o tom, jak to funguje, i o určitý neurobiologii některých těch

onemocnění, která...určitě nechci říct, že by duševní nemoci byli vždycky podloženy nějakým biologickým procesem, určitě ty dynamický vlivy jsou větší než jak jsou docenované...ale nějaký neurobiologický korelát mají a to se odrazí ve spoustě věcí, o kterých klienti potom mluví – o tom, že nespí, o tom že špatně mluví, že mají celou řadu somatických problémů a tam si myslím, že se to i celkem hodí, to medicínský vzdělání. Ale nevím, jestli je to taková výhoda, aby psychoterapeut musel studovat medicínu, to bych skoro řekl, že je takovej zbytečný luxus, to bych asi nepotřeboval.

Co vás na medicíně udrželo směřovat k té psychoterapii?

To byla strašná motivace, mě ta medicína strašně nebavila a tím, že už jsem na té medicíně byl v tom výcviku, tak jsem věděl, že jestli tohle chci dělat, tak musím nějakou vysokou dostudovat. Už jsem tady, tak už tady zůstanu, takže to bylo to, co mě tam drželo, že jsem měl takovej jako cíl, co chci dělat a věděl jsem, že musím dostudovat, takže to byla strašně silná motivace, ten výcvik.

2. PROČ JSTE SE ROZHODL PRO PCA?

To byla osobní zkušenost. Neříkám, že by se mi nelíbily jiný směry, ale byla to taková souhra více náhod, měl jsem dva takové blízké, kteří byli rogeriáni. Dva známé...a to byli pro mě velmi inspirující lidi v té době, když mi bylo těch 23. Tak jsem si říkal „jo PCA, to bude dobrý“ a zrovna se otvíral výcvik a bylo to tak. Je možný, že kdybych potkal dva analytiky a otvíral se výcvik v analýze, tak by to bylo jinak, ale to byla pro mě taková náhoda, osobní zkušenost.

A v té osobní zkušenosti hrála roli spíše zkušenost s těmi lidmi jako takovými, nebo spíše to, jak prezentovali PCA?

To jsem nebyl schopný v tom věku diferencovat, já myslím, že to bylo takový jako obojí. Že byli to lidi, kteří mi byli sympatičtí jako lidé a současně se mi líbilo, jakým způsobem mluvili o té práci. Vlastně v té době nemluvili o PCA, neříkali mi „hele Rogers to je výborný, běž do toho“, ale mluvili o terapii jako takový...vlastně to o čem jsem se zmiňoval na začátku. To, co pro mě bylo trochu nový a bylo dost jiný oproti prostředí, v kterém jsem vyrostl, tak byl takový respekt k odlišnosti, že ten člověk to takhle má, takhle s tím pracuje, to neznamena, že se mně to líbí nebo nelíbí, ale vlastně je to zajímavý a on to potřebuje nějak prozkoumávat, nějak s tím být, a takhle ta práce vypadá. Takže to vlastně bylo překvapivé, nebylo to patologizující, nebylo to nijak stigmatizující, tenhle přístup. Já jsem si říkal „to je vlastně dobrý, je to sympatický“. Neříkal jsem si, že je PCA „dobrý“, já jsem nevěděl, v čem je to dobrý, ještě jsem neměl ten výcvik za sebou, ale říkal jsem si „to je sympatický, takhle přistupovat k lidem“, trochu laicky, tak jak jsem si to říkal v tom věku, tak přátelštěji.

3. KDYŽ SE PODÍVÁTE NA SVOU PRAXI PCA A NA TO, JAK JSTE SE K NÍ DOSTAL, DOKÁŽETE ŘÍCT, CO PRO VÁS PCA ZNAMENÁ?

Přístup zaměřený na člověka znamená v té mojí práci hrozně moc. A čím dál tím víc znamená i v tom osobním životě vedle té práce. V té práci je to...je to...a teď nechci, aby to vyznělo tak jako že je to něco jasného, co vlastně vždycky funguje, ale často se k tomu vracím a třeba si to musím připomínat...a to je jeden z těch základních principů PCA a to je, že všichni máme nějakou aktualizací tendenci. Někdy když mám pacienty, a teď nemyslím ty v té terapii, tam je to celkem vždycky dobrý s tím pracovat, ale v té psychiatrii to tak někdy vypadá, jako by to bylo beznadějný, jako by se z toho pacienta už nikdy nemohla stát fungující

bylost, ale tenhle pohled mi vlastně dovoluje to nevzdat. A znova a znova se s nima ponořovat do některých těch trablů a vlastně vždycky když to udělám, i když cítím nějakou beznaděj nebo nechut', nebo takový jako by vyhoření s tím konkrétním pacientem, a řeknu „aha zkusíme to znova“, tak když prostě nějaký malej pokrok, kterej se tam vždycky nějaký objeví, kterej mě přesvědčí „jo s lidma se to prostě nevzdává“. A to si myslím, že je i něco, co ti pacienti mají rádi, že si tak můžou dovolit selhat. Že když přijdou a řeknou, že nějak selhali tak, že ví, že to není konec světa, že neřeknu „tak už nechod'te“, ale „tak něco vymyslíme, uvidíme, zkusíme to znova“. To si myslím, že je pro obě strany nějak příjemný.

No a v tom zbylým životě, to je vlastně taková neustálá škola, že když konfrontuju to, jak přemýšlím, to, jak jednám, jak reaguju na lidi kolem sebe, a na své děti, tam si často všimnu, že jak je snadný být netolerantní a nepřijímající, a jakou to má sílu. A jakou má sílu, když naopak to přijetí tam je, takže to je takový jako stále otevřený prostor pro nějakou hru s tou filosofií základní, toho přístupu.

Co si mám představit pod tím, když si "pacienti dovolí selhat"?

To může vypadat různě, u psychiatrických pacientů to vypadá různě. Jsou to lidi, co se snaží nepít a přijdou a znova se napijou. Jsou to lidi, co přijdou a řeknou „no já jsem se na ty prášky vykašlal, nebral jsem je, protože mi to přišlo, že už je nepotřebuju, ale teď vlastně vidím, že je mi hrozně blbě“. Často přichází s tím nebo mají zkušenost od jiných psychiatrů, že říkají „já se vám musím strašně omluvit“, ale já říkám „to se neomlouvajte, tak se to stalo...“ a vidím, jak to narovnává ten vztah, jak oni se začnou cítit trochu...ne líp, samozřejmě se necítí bez deprese... ale důstojněji. Ne jako nějaký klouček, co přichází se mi omluvit za to, že nebere prášky, ale když si přijde jako klouček a řekneme si, že o nic nejde, prostě zkusíme to znova, tak vidím, jak se narovnává a zas můžu vidět nějakýho chlapa před sebou, který prostě se tak rozhodl a já jsem někdo, kdo respektuje, že se tak rozhodl, a to si myslím, že by tam asi chybět nemělo. A já bych to taky tak chtěl. Vysadil bych prášky, kdyby mi bylo dobře, já bych byl první, kdo by na ně zapomněl, a určitě bych chtěl přijít k někomu, kdo mě nebude kárat za to, že jsem to udělal.

Promítlo se PCA do jazyka, kterým komunikujete s klienty, pacienty?

Určitě, myslím si, že jsem ve srovnání s kolegy mnohem méně...méně direktivní. Když to řeknu, tak je to skoro klišé. Ale nemám moc ve zvyku pacientům říkat, že takhle to mají dělat, pokud v tom nevidím nějaký jako výjimečný smysl nebo se nedomluvíme, že pacient řekne „jo ale já teď chci slyšet, jak to mám dělat“. Když chce slyšet ten názor, tak mu většinou říkám „hele takový jsou možnosti, já vám je všechny vysvětlím, a taky chci slyšet co vy na to“ a říkám jim „máte panickou poruchu, to se léčí různými cestami, první z nich je vždycky terapie, vždycky by měla být, druhá jsou prášky, když půjdete tou cestou tý terapie bude to vypadat tak, když práškama bude to vypadat tak, a pak je tady třetí skupina, která si vybere oboje, a to vypadá zase takhle“ a teď oni tak jako kývají, a já řeknu „vy kývete, ale mě by zajímalo, jak je vám to sympatický, co z toho byste si vybral, jak to chcete?“, a oni řeknou „já chci tohle...“. A pak tam vstupuje nějaký moje doporučení, oni samozřejmě nejdou jenom tak že jo, když jdu na psychiatrii, tak chci slyšet radu. To není ta terapeutická situace, že bychom hledali něco, explorovali. Do psychiatrický ambulance lidi přicházejí opravdu, protože chtějí poradit, protože se cítí nějak bezradní, tak já jim říkám „jo vy jste si vybral tohle, to je možnost, já vám to doporučuju, nebo víc vám doporučuju tuhle cestu, ale když půjdeme touhleto, tak to nevádí, tak to chcete zkusit, tak půjdeme touhleto, a když se ukáže, že to nejde, tak půjdeme tou, kterou doporučuju já, a je to vždycky takový jako licitování“. Chci, aby to byl dialog. Samozřejmě někdy to není dialog, protože oni přece jenom dají na to doporučení. Snažím se být opatrnější, abych nebyl v tom takovej moc

sugestivní, ale někdy to tak bohužel je, ale za mnou si zvyklo chodit spousta lidí, kteří se chtějí vyhnout práškům, protože ví, že je úplně nenutím, tak často přijde...já teď nechci vytvořit žádný stereotyp, ale spíš jenom tak ilustrativně řeknu...přijde maminka od malých dětí, že přestává kojít, nebo že ještě kojí, že má strašný panický ataky, ale že se chce vyhnout práškům a já jí řeknu „teď když máte paniku každý den, že voláte ob den záchranku, tak už to na ty prášky je, ale slyším, že nechcete, tak jsou i jiné cesty, jestli to teď chcete zkusit, tak si dejme nějaký čas, po který to budeme zkoušet...měsíc, dva měsíce a když se ukáže, že ty jiné cesty nefungují, tak pak přejdeme k těm práškům“. Takže v tomto se to odráží v tom jazyku. Formuluju to spíš jako možnosti, nabídky, zajímá mě, jak na ně reagují, komentuju ty reakce těch lidí, není to tak, že bych rozhodoval, jak to bude, myslím, že i tohle do té psychiatrie nějak patří.

Máte v nějaké sféře své práce tu rozhodovací složku?

Já moc ne, protože nemusím s takovou klientelou pracovat. Asi by to bylo jiné na akutním oddělení, přijímacím, kde přijímáte lidi sebevražedný, agresivní. Ale to já nedělám, takže já jako ji tam nemám. Ani ji tam mít nechci. Ale neříkám, že to neumím, taky jsem to dělal. Prostě patří to k tomu.

Co se týče toho jiného jazyka tak nevím, to už si nedokážu tak porovnat, jestli se to nějak objevilo v mém jazyku v běžném životě. Možná.

Jak se pacienti staví k tomu, když jim najednou dáváte tu zodpovědnost?

To je dobrý dotaz. Já vždycky říkám jedné skupině „moji pacienti“ a to jsou ti, kteří u mě začali. Poprvé přišli k psychiatrovi, zažili mě, nikdy nic jiného nezažili, tak ty to berou tak, že to tak je. Ale já jsem taky spoustu pacientů za život převzal po někom, protože někdo odešel do důchodu, někdo odešel na jiný pracoviště. A pro spoustu lidí to jako šok, i nepřekonatelný. Pro některý třeba příjemnej, že „jojo, já jsem to vlastně paní doktorce takhle nikdy neřek, ale teď bych se chtěl zeptat, jestli bychom nemohli o půl tabletky snížit“, takže pro některý to je i příjemný. Ale ta psychiatrie je tak strašně široká, takže někdy jsou to pacienti, kteří se vlastně léčí 20 let s paranoidní schizofrenií a za těch 20 let se objevuje celá řada stereotypů, který se těžko odbourávají. Jsou rigidní v tom rozhodování, ty kognitivní funkce slábnou a slábnou, a teď vlastně by přišel někdo a řekl „tak co, tak když jste unavený, chcete to snížit, nebo nechcete to snížit?“, a oni jsou strašně překvapení a řeknou „to já nevím, to musíte vědět vy“. Tam vidím, že to vůbec není v tom repertoáru – uvažovat o sobě jako o někom, kdo by si mohl říct, já to tak chci, nebo já to tak nechci. Někdy to tak zkouším ještě vlastně párkrát, ale mám i takové pacienty, kteří už vlastně prožili celý ten život třeba i v té psychóze a jsou velmi rigidní. A už i ty léky, který užívali celý život, mají na ně takový dopad, že vidím, že je pro ně příjemnější, když někdo zodpovědnost vezme a řekne. Tak to dělám takhle. Myslím si, že to je person-centered. Protože tak nějak rigidně usilovat o to, aby se rozhodovali oni sami, by jim přineslo větší útrapy než...vidím jaká ta jejich reálná potřeba je, a jejich potřeba je opřít se, tak musí mít kde.

4. JAK SE PCA PROJEVUJE VE VAŠÍ KLINICKÉ PRAXI?

Trochu jsme se k tomu dostali, když jsme se bavili o tom kontaktu s těmi pacienty. Prostě někteří si tak jako zvykaj, někteří jsou zvyklý, jiným to nesedne, ale to je asi jedna část. Silná část, jak se PCA promítá do mé praxe, je spíš uvažování o dynamice toho onemocnění. O tom, jak já si představuju, že vzniká ta úzkost, ta deprese, psychóza. Nikdy jsem úplně nepřijal ten koncept biologicky podmíněných emocí, tak samozřejmě když má někdo Alzheimerovu nemoc, tak je to jasný, protože se mu něco ukládá okolo neuronů, když má mrtvičku a odumře mu kus mozku, tak to vypadá takto v tom psychickém projevu, a když má někdo

ADHD...ale těhle nemocí je pár. Ale pak jsou ty, u kterých to není jasné, jako schizofrenie. Teď víme, že to má nějakou dědičnost, jsou tady nějaké geny, který se nesou v těch rodech a tak. „Tak brácha tu schizofrenii nemá, já tu schizofrenii mám“ tak vlastně vidíte, jaký jsou tam vlivy v té rodině, který jsou stresující, zatěžující, který nějak ovlivňují sebehodnotu nebo selfkoncept toho klienta nebo pacienta. Jak reagují rodiče, jaký vytvářejí vztahy. To je pohled, který nás zajímá v terapii a jako by nás moc nemusel zajímat v té psychiatrii, ale to je možná mis-koncept, zdánlivý. V té psychiatrii nakonec dojdeme k těm momentům, kdy nevíme co, kdy ty léky už nefungují anebo jsou málo a tam potřeba se dívat i takhle a vidět ty vlivy, který jsou. Někdy si říkáme s pacientem, „teď bychom mohli přidávat ty prášky donekonečna, ale vy mi říkáte, že žijete v pekle, má to smysl teď teda přidávat léky, nebo zkusíme něco, nějakou změnu“, pacient někdy řekne „no já vlastně vím, že takle se žít nedá, já s tím musím něco udělat“. Někdy udělaj, někdy neudělaj. Nebo někdy řeknou „já teď z toho potřebuju na chvíli utýct a možná bych ty prášky ani nepotřeboval“, „tak chcete do lázní na měsíc?“. Nepřidáme ani půl tabletky, a on se vrátí a říká „já jsem to fakt potřeboval, protože já jsem byl furt pod tím tlakem a teď když nejsem, těch hlasů je méně“. Takže když bych o tom nepřemýšlel takhle, že bych spoustu věcí neviděl. Kdybych nebyl terapeut a nepřemýšlel o té PCA teorii, selfkonceptu, introjektech, o těch organismických silách, tak bych spoustu věcí asi neviděl, možná bych se někdy cítil trochu bezradně, že tady léky vlastně nepomůžou tak co.

Je uvažování o patologii, o jednotlivých diagnostických okruzích něco, co bylo učeno ve výcviku?

Jakoby zčásti. Úplně se tam tomu nevěnovala pozornost, ale částečně. Potom hodně v supervizi. Já jsem chodil samozřejmě se svými pacientama, hlavně s těma, co jsem měl v terapii a tam vlastně díky supervizorovi, jsem naučil s tou patologií pracovat. Někdy tak koluje takový ten mýtus jako že PCA nediodagnostikuje, a že ty diagnózy jsou vlastně jedno. Ale to je potřeba poslouchat ušima těch padesátých let, kdy to Rogers říkal, kdy skutečně ten pohled byl patologizující a dominantní byly vlivy prostředí. Vůči tomu se Rogers nějak vymezoval, ale není to tak, že bychom nediodagnostikovali. Mně je sice jedno, jestli ten pacient má schizofrenii nebo poruchu s bludy nebo má depresi s psychotickými příznaky, jaký číslo já pak napíšu pro tu pojišťovnu je trochu jedno. Ale to co mě zajímá, a to vlastně trochu diagnostika z mého pohledu je, jak on se na sebe dívá, jaký je jeho sebeobraz a jaký jsou ty jeho introjekty, nebo co ho vlastně ty introjekty nutí dělat, jak vypadá to fenomenální pole a vidím tam nějaký organismický hodnotící proces, jak vypadá ta aktualizací tendence, nebo sebeaktualizací tendence. Tak to jsou věci, které musíme diagnosticky sledovat a chci to vlastně i v té supervizi od těch supervizantů. Aby když přijdou a referují o klientovi, aby se tohleto učili. Aby i takhle přemýšleli o tom procesu, že to má nějaký teoretický pozadí, což vlastně trochu diagnostika je.

Užíváte nějaké diagnostické nástroje, které pochází z PCA?

To je jenom to povídání. To není tak jako, že když přijdete do nemocnice na ten akutní příjem, teď se ten psychiatr vás ptá, co vám je, jaký máte ty hlasy, to se nedá udělat takhle jednoduše a rychle. Za jedno sezení to asi nepoznáte, ale někdy to je prostě x sezení, než se podaří ten proces klienta nějak zmapovat, nebo zachytit. Samozřejmě jako s rostoucí praxí je to rychlejší, vidíte co ten klient dělá a jak mluví, tak to se vám ukazuje rychleji, ale často je to více sezení, než si představíte, jak z něj ty jeho introjekty dostanete, nebo než vidíte, co dělá s tou organismickou silou, že něco pocítuje nějaké potřeby, ale že přicházejí nějaké obrany, a než si zformulujete, jak ty obrany vypadají, tak to prostě chce víc rozhovorů. To je asi tak jedinej způsob, jak to udělat. Ten nástroj je to, že vedete klienta k dobré exploraci. Že mu „nedovolujete“ skočit do hlavy a jenom přemýšlet, a povídat ty racionalizace, kterých často ti klienti jsou plní, protože něco si přečetli, nějak o sobě

přemýšlejí, něco jim někdo řekl...ale pomůže to tomu klientovi podívat se dovnitř, co to tam má, „aha teď cítím něco“ a já na to něco řeknu, a teď vy vidíte, že on pocítil vztek a současně s tím vztekem přišel hned stud, tak to začal racionalizovat, začal to nějak omlouvat. Najednou uvidíte, co je ten organismický proces, jak vypadají ty obrany, a to se ukazuje jen v té dobré exploraci, ne jen v tom, že klient jenom povídá, ale že se taky dívá dovnitř, může odkládat některé zábrany a může o tom mluvit. Ta technika spočívá vlastně v dobré terapeutické práci.

Vnímáte hranici mezi rolí terapeuta a rolí diagnostika?

Určitě. Když bych chtěl být diagnostik, ve smyslu že bych nějakému kolegovi potřeboval napsat zprávu co s pacientem nebo klientem je, tak se zaměřuju jenom na to, a vedu toho klienta cíleně k tomu, aby to dobře popsal, jak to má a já abych si to zformuloval. Ale to není ten cíl. Ta diagnostika v rámci té terapie je vlastně jenom část, skoro jako druhotná, ne ve smyslu, že bych to méně potřeboval, ale co je důležitější, že já tomu klientovi pomáhám zvědomovat to, pomáhám mu vlastně vytvářet si nějaké adaptivnější strategie, odkládat obrany atd. Kdybych chtěl opravdu psát zprávu nebo napsat popis toho procesu, tak bych se musel chtít nechtít méně věnovat tomu klientovi a víc tomu přemýšlení a formulování. Takový diagnostický rozhovor se dá udělat nebo dají se udělat dva tři takový, ale to by tomu klientovi bylo málo prospěšný. Takže v takové roli nebývám, ani nechci být, a spíš jsem v té terapeutické roli, jde mi to tam někde na pozadí ty introjekty a selfkoncept atd., ale když ten klient mi to zrovna neukazuje, tak to nechám být, nejdu po tom. Jdu po tom, kde potřebuje být ten klient. Příklad: Do těch stacionářů se klienti vždycky vybírají. Aby se ta skupina postavila a nebylo tam nic, co by jí rozkládalo nebo rušilo, je třeba ty pacienty indikovat, a s těma se dělá takovej diagnostický rozhovor. Oni povídají, vy posloucháte, nějak si to skládáte, podpoříte tu exploraci, ale nemáte tu terapeutickou ambici. Takže já jsem tam třeba slyšel takový témata, který by se hodilo oslovit, ale nedělám to, protože teď potřebuju poslouchat, aby udělal tu zprávu „tenhle člověk je do terapie, nebo není do terapie“. To je to diagnostický. Ale terapii tam nepotřebuju všechno hned prozkoumat, tam když mi to klient neukáže dneska, tak mi to ukáže za týden. Myslím, že vlastně ta terapeutická diagnostika je víc zaměřená na člověka. Ta diagnostická ta je víc kvůli mně, co tam potřebuju napsat.

Promítáte se PCA v práci se skupinou pacientů, které pouze medikujete?

Tam se to PCA vyskytuje relativně málo, ale promítá se to třeba v tom, že se snažím, aby ti lidi byli tak v co nejdůstojnější nebo nejpartnerštější pozici, abych opravdu nerozhodoval za ně. Myslím, že medikuju míň než někteří moji kolegové, snažím se mít spoustu pacientů v terapii, aby byli u nějakýho terapeuta, chodili pravidelně. Víím, že zase, když je terapeuticky naladím, že čím jsou více medikovanější, tím je ten proces pomalejší, takže chci, aby nebyli tlumení, aby ta emotivita zůstávala dostatečně živá, aby měli dost materiálu pro tu terapii, takže se snažím nepřemedikovávat. Pak jsou pacienti, kteří třeba nechodí do terapie, protože z nějakýho důvodu nechtějí, nebo neseženou terapeuta, nebo mají špatnou zkušenost, tak tam se snažím ta psychiatrická setkání, který jsou rychlý, krátký, zaměřený na konkrétní věci (aby se zmapovali příznaky, tolerance léčby, nežádoucí účinky, jestli upravit nebo neupravit, napsat nový recept), ale když v tom vidím smysl, tak si je tam trochu pozdržím, a ještě s nima něco proberu a snažím se vytvořit lepší obraz k té terapii. Udělám jim takovej jako by rychlej zážitek, aby věděli, že i takhle se o tom dá přemýšlet. „Když tě to zaujme a budeš chtít, zkus tu terapii, tam to můžeš rozvinout“...tak to, co z toho PCA tak rychle vezmu, a hodím do té psychiatrie.

Jak pacientům prezentujete hodnotu terapie?

Někomu to stačí povykládat, a některým ne. Těm se snažím zprostředkovat ten zážitek. On povídá a já na něj reaguju. A on něco tam zažije a vidí to. Jedna paní, která nechtěla do terapie, říkala, já si vezmu jen ty prášky. Ona povídala, já jsem na ní reagoval, a ona se najednou rozplakala, tak jsem se ptal, co se děje. „Já pláču, protože je mě strašně dobře, protože se se mnou takhle ještě nikdy nikdo nebavil“. A to je ten zážitek, který může psychiatr udělat, když pracuje terapeutičtěji. Ta paní si to neuměla představit, takže ten zážitek byl hrozně důležitější, a myslím, že to je úkol psychiatrie. Byť v Čechách je psychiatrie dost antipsychoterapeutická, je celá řada psychiatrů, kteří si představují, že dělají nějakou biologickou psychiatrii, ale podle mě žijí v iluzi, protože to nelze oddělit. Úkolem psychiatra je, aby toho člověka připravil do terapie, protože terapeut už by měl dostat někoho, kdo chce terapeuticky pracovat. Často jako psychiatr pošle „měl byste chodit na terapii“, pacient buď vyhoví, jde, ale teď vlastně neví, co se tam bude dít, a vlastně tak 5-10 sezení, že se na to nějak připravuje. Ne vždycky se to děje, ale takhle by to mělo být.

Vnímáte nějaké výzvy v aplikaci PCA do kliniky?

Každý klient je výzva. To je to dobré na terapii, že když přijde klient, tak na začátku nevím, jak to dopadne, výzva je vlastně to pátrání, to je dobrodružství, jestli z toho něco bude nebo ne, nebo že to teda není na terapii, ať zkusí něco jiného. Myslím, že když jsem byl mladší, tak jsem těch výzev měl mnohem víc, lákali mě těžcí klienti, že jsem se jako mockrát spálil. „To prostě musím zdolat, to určitě zvládnu“. A psychotici to je výzva. Ty výzvy mě hodně posunuly v tom, že jsem se mockrát napálil, zkusil jsem si těžký klienty, hodně jsem se na nich naučil, hodně jsem toho pokazil. Ale teď už si takový výzvy jako moc nechci klást. Co si myslím, že je taková jako obecně výzva je dostat tu terapii do té kliniky v tom smyslu, aby se ten terapeut vlastně nebál toho. Vidím, že je tam ten strach, když je klient suicidální, jestli si vystačím s tím, že budu tady s ním jen tak, když je psychotický, jestli to stačí.

Vnímáte nějaký limit použití PCA?

Nevnímám tady žádný limit. Myslím, že ten přístup je jedinečný v tom, že mi dovoluje pracovat s jakýmkoli psychiatrickým klientem, pokud je tam indikace k psychoterapii. Když si představím, tak všichni psychiatři pacienti nejsou indikováni do psychoterapie, protože prostě sami nechťejí. Tak nemá cenu, abychom se scházeli. Když je někdo agresivní, tak že nemůže žít venku, určitě to není indikace k psychoterapii, je to možné v nějaké krizové práci. Je tam prostor pro preterapii, ale není to psychoterapie. Kdyby ta otázka stála tak, zda má smysl pracovat se suicidálními, psychotickými, bulimičkami, aspergery v intencích PCA, tak tam ten limit není. Já nemůžu sice si klást za cíl, že schizofrenie se vyléčí... Já si třeba myslím, že klient díky dobré terapii může být klient skutečně apsychotický, jako že ty symptomy, které on manifestuje, jsou odrazem té pohody nebo nepohody, té kongruence nebo inkongruence. Já mám tu zkušenost, že když lidé jsou v terapii a daří se jim směřovat k té kongruenci, tak ubývá těch symptomů, i těch psychotických. V tom je PCA jedinečný...netechnický směr, to není technika, ale že to sleduje ty potřeby toho klienta nebo pacienta. Nemůžeme si říct, že když má někdo aspergera, tak že když bude chodit na terapii, tak ho nebude mít. Ale to žádný směr si neklade za cíl. Ale PCA má co nabídnout tomu aspergerovi i tomu schizofrenikovi. Samozřejmě jako většina lidí ráda pracuje s neurotickými klienty, že tam skutečně je ta práce na rozvoji osobnosti je rychlá, efektivní, krásně vidět, pohoda, zábava, jsou to klienti, na které se těšíme. S těma hraničníma, těma schizofreníma je to těžší, ale i ti mají prostor v terapii. Ale má to limit v terapeutovi. Myslím, že nemusím cítit chuť a ochotu to dělat, ale je dobrý si to tak otevřeně říct – ne „PCA s hraničníma nepracuje“ ale „já s hraničníma nepracuju“. Je potřeba být upřímní k sobě, „já s tím nechci pracovat, protože mi to nejde, nebo

nevím jak na to“.

Máte ideální představu, jak by měla vypadat terapie?

To nevím, asi ne. To nemá žádnou konkrétní podobu. Má to základní meze, ve kterých by se to mělo pohybovat. První, co mě napadlo, že by to nemělo mít ty klasický nešvary, které často terapie mají. Třeba klient přijde jednou za tři týdny a myslí si, že je to terapie. Terapie má pravidla, která se musí držet, je to často, pravidelně, intenzivně, není to jen o tom, že klient povídá a já kývu hlavou (jak se tak o PCA píše, „Hm“ terapie). Ale, že tam jsem v té plné kvalitě přítomnosti. Jsem plně zaujatý tím, co klient říká, reaguji na to, identifikuju všechny ty procesy, který se dějí ve mě. To, co patří mě nechám bokem, to co patří toho procesu dám do procesu, a že jsem upřímný. Klient chodí jednou nebo dvakrát týdně, že to není nějaká podpůrka, že to je skutečně práce. Pro něho to bude náročný, pro mě to bude náročný... pro mě je tohle představa té terapie. Často slyším a vidím, že to tak není, klienti chodí jednou za měsíc a skoro řeknou „chudáci, že jsou v terapii“, mají prostě nějakou podporu v tom psychologovi, je to nějaká suportivní terapie, práce, v pořádku. Je určitě celá řada klientů, která to tak potřebuje, ale neměli by žít v té iluzi, že taková terapie je zbaví symptomů a vede k rozvoji osobnosti.

Patří k dobrým zásadám i princip autenticity? Dosavadní respondenti tento princip hodnotili velmi vysoko.

Určitě. Ta autenticita je sporný místo. Je to podmínka, kterou nelze vynechat. Nelze být neautentický, jinak by nefungovalo nic z toho ostatního v té terapii, ale trochu mi to vždycky zarezonuje, protože to není úplně to stejný to, co principy v PCA. Autenticita není úplně totéž, co kongruence. Ta kongruence je to, že jestliže já dobře identifikuju to, co se děje ve mně, a to co patří do terapie tam vnesu, a to, co tam nepatří, tak uzavorkuju, ušetřím, připravím se tak, aby mi to neinterferovalo. Když mě bolí zuby, tak mě to odtahuje, nepatří to klientovi, musím to ošetřit nějak jinak. Ale jestli to, co si tady povídáme sem nějak patří, a já vám to musím zkomunikovat. A v tom to je ta kongruence. A ten rozdíl je v tom...kongruence tam patří a má smysl pokud je pro dobro toho klienta, to že mě bolí zuby, je mu jedno...ale určitě by to bylo autentické to říct. Někdy se mě zdá, že není těžký zaplavit ten prostor sebou, tou svojí autenticitou, ale může to být trochu balast pro klienta. Na druhou stranu i zuby můžou někdy interferovat s tím procesem, že je dobrý to říct, ale není to tak jednoznačné. Proto jsem s tím pojmem autenticita opatrnější.

5. JAK SE PODLE VÁS SNÁŠÍ PCA S TÍM MEDICÍNSKÝM MODELEM, TOU ZDRAVOTNICKOU PRAXÍ?

Hrozně špatně [smích]. Často jsem na to narážel, bojoval jsem s tím. Hlavně v těch institucích, v těch nemocnicích. Jsem se snažil vždycky to jako vysvětlovat, proč jsou některé věci důležité. Samozřejmě ale ten medicínský model je opatrný, bezpečný, a tím pádem až hyperprotektivní směrem k pacientům. Když je něco pacient udělá, je potřeba udělat nějaký opatření. Když se pacientka pořezala, tak musí následovat nějaká opatření. A někdy ta opatření přišla dřív, než s ní někdo mluvil, proč se pořezala. Zažil jsem takové situace, že pacientce zemřel tatínek, když byla na hospitalizaci a mně přišlo úplně samozřejmý, že mu půjde na pohřeb, ale ona byla na uzavřeném oddělení, „tak přece nemůže jít na pohřeb“. Co bylo překvapivé, že některým lidem se to nedalo vysvětlit. Mně přišlo přirozený, že by pacientka šla tatínkovi na pohřeb, a tam jsem narazil na tu rigiditu medicínského systému – ona je nebezpečná sobě, je sebevražedná, přece tam nemůže jít. Takový ty základní lidský potřeby – potřeba rozloučit se – nebyly tak důležité jako to že je na uzavřeném oddělení.

Nakonec to nějak jako dopadlo, že šla s nějakým doprovodem, ale to je jedno. V tomto se to tluče. Jako dobře, že PCA je ve zdravotnictví víc a víc. Otevírá oči.

V čem byste viděl výhody spojení medicínského modelu s PCA?

V té efektivitě. Myslím, že léčba by byla mnohem efektivnější, kdyby ti odborníci měli ten vhled, rozuměli souvislostem, té dynamice. Přístupovali by k pacientům z trochu symetričtější pozice, než je běžný v tom zdravotnictví, kde já jsem ten, kdo má zodpovědnost za tvoje zdraví, za tvoji bezpečnost, tak já rozhoduju, ale kdyby se to vyrovnalo, tak „hrajem to spolu, musíme to udělat spolu, ne jenom já, ale oba, a možná, že najdeme takovou hranici, že někde víc já někde víc ty“. „Já jsem na té zodpovědnosti a budu si povídat o tom, kde to je jinak“. Bude to asi náročnější, ale myslím, že by to bylo příjemnější pro pacienty, rychlejší, efektivnější, účinnější.

Znamená to více dialogu?

Rozhodně. Více otevřeného dialogu. Ne že si sedne tým někde na nějakém inspekčním pokoji a bavíme se o pacientech. Ale vezmem toho pacienta k tomu a bavíme se o tom, co taky on chce, co potřebuje. Ale i to, že se nebudeme bavit o těch pacientech jako o objektech... samozřejmě se to děje, dva kolegové si občas potřebujeme o tom pacientovi něco říct... ale v těch zásadních věcech bych se vůbec nebál toho pacienta mít u toho, už proto abychom o něm mohli mluvit s tím respektem, který mu patří. Ne jako o objektu, ale „Karle, teď mluvíme o vás, a napadá mě k vám tohle a tohle, a mého kolegu tohle a tohle“. Ale ne jako když se baví zdravotníci sami, má to takový lehce devalvační náboj, který si myslím, že hodně ovlivňuje to pole jako takový. Myslím, že by se hodně změnilo, kdyby ty dialogy byly otevřené. Nechci říct, že to je něco, co tady úplně chybí, chybí to na spoustě místech, ale myslím, že je tu spousta pracovišť, kde to tak začíná být, že se zvou klienti do těch případových konferencí a mluví se před nimi a s nimi, a zajímá se o jejich potřeby. Začíná to být, ale je to nový, pro spoustu lidí těžký a překvapivý, ale jo.

Dařilo se vám to praktikovat?

Ve stacionáři ano. Vizity jsme třeba dělali tak, že seděli jsme tam psychologka, já, arteterapeutka, vzali jsme si pacienta, bavili jsme se spolu. Občas jsme dělali případový konference. To ne moc často, protože to nebyl cíl toho pracoviště, ale když, tak jsme pozvali rodiče pacienta, pacienta samotného, jeho sociálního pracovníka, od nás psychiatr, psychologka, bylo nás třeba pět a takhle jsme si povídali. Domlouvali jsme se, co bude, nabídli jsme něco klientovi a on řekl, jestli chce/nechce, ostatní přispěli v tom jako „já můžu pomoci s tímhle, já ne“. Takovej docela dobrej experiment.

Vnímáte někde hranici „tady už jen medicínský model a PCA do toho nemá co mluvit“?

No, popravdě nevím. Protože nepracuju s takovou klientelou. Tuším, že takový oblasti té psychiatrie a vůbec toho zdravotnictví, jako jsou, kde to moc prostoru nemá. To jsou třeba ty akutní oddělení. V noci přijde pacient a je úplně paranoidní, není v kontaktu s realitou a když mu sundáte kabát, tak z něho vypadnou tři nože a železná tyč. Tak tam asi není prostor pro žádnou diskuzi, ale čtyři zdravotní bratři na něm leží a píchají mu nějakou injekci, protože pět lidí pobodá. Já jsem ale svého času dělal na záchytce, a to jsou situace kdy vůbec ani neuvažujete o nějaké diskuzi. Ale reagujete na to, co tam je, někdo se vás snaží pokousat a poškrábat a víte, že je HIV pozitivní, ale potřebujete ho přivázat, jinak skočí z okna, tak ho potřebujete jako zalehnout, je tam s vámi pět policajtů, a musíte ho jako svázat. To jsou takový nehezky stránky psychiatrie. Samozřejmě, tam to PCA svoje místo žádný nemá. Ale...no možná, že i tam mi vylezl takový ten životní postoj, že jsem si říkal, abych ho tam nenechal moc dlouho, že ho odvážu, aby neměl ty ruce moc odřený... ale to není PCA, to je

takový normální zájem o lidi, to bych neřek, že souvisí s filosofií, ale s nějakým nastavením. Vidíte kolegy, kterým je to jedno, jak dlouho tam leží, prostě tam leží, nebo vidíte kolegy, kteří na to myslí taky, „hele pojďte se mrknout, jestli už je při vědomí, že bychom ho nechali projít, nadechnout a napít a tak“, ale to je spíše lidskost, to má více společného s tím humanistickým než s tím zbytkem PCA. Jsme tady pro ty lidi, abychom jim pomáhali, ne abychom je mučili.

6. VNÍMÁTE NĚJAKÉ HLUBŠÍ DOPADY PCA NA VÁŠ ŽIVOT I MIMO PRAXI? PROMÍTLO SE TO DO VAŠÍ OSOBNÍ FILOSOFIE?

Určité na hodně rovinách. Mně to hodně pomohlo rozvinout některé stránky, které jsem asi potřeboval dorozvinout. Myslím, že ten výcvik jako takový a terapie, ale vlastně potom i ta supervize, mi vlastně pomohli ve spoustě osobních věcí. Já jsem si až díky klientům, se kterými jsem pracoval, uvědomoval některý svoje zraněný místa, nebo křehký místa, který jsem si potřeboval ošetřit. Tak to je jeden z těch rozměrů, kdy to PCA vstupuje do osobního života, protože pro mě to nebylo jenom to, že jsem se ve výcviku naučil něco, ale já jsem musel taky zpevnit něco, rozvinout něco osobního. Takže to byl posun, který já vnímám jako nedocenitelný. Ale ta filosofie jako to uvažování asi taky. Uvažování o vztazích, o partnerských vztazích, o kolegiálních vztazích, ale po tom třeba – a tam si myslím, že tam mi to vstoupilo a vstupuje hodně silně – je přemýšlení o mých dětech a o výchově. Tam výcvik nestačí, to vlastně není práce, není to sezení. To je vlastně 24 hodin v tom vztahu s tím dítětem a někdy se tam objeví takový jako dobrý věci, zážitky dobrého kontaktu a dialogu a někdy – a to je podle mě přínos té filosofie – vidím, jak to není dobrý. Vidím, jak mi tam vlezou nějaký starý vzorce, nějaký starý zranění, zopakuju ty chyby těch mých rodičů na tom, a teď to uvidím a přijde nějaký pocit a snaha to zkorigovat. To je to, kam mi PCA leze nejvíc, do toho rodičovství.

Pochyboval jste někdy o PCA?

Pochyboval. V těch momentech, kdy mi to nešlo, hlavně na začátku. Pamatuju si, jak jsem seděl s pacientkou a najednou jsem vůbec nevěděl, co mám dělat. Přišlo mi to jako, že jsem úplně bezradnej, nevěděl jsem co říct. To bylo ještě před dokončením výcviku. Dělal jsem na oddělení, kde se hodně pracovalo terapeuticky se všema pacientama, a teď já jsem ten výcvik ještě neměl hotový, ale už jsem to tak cítil, že bych měl. Tak jsem se snažil s těma pacientama nějak povídat. Přišla tam pacientka, která pro mě byla nějak těžká v tu chvíli. Vůbec jsem nevěděl, neměl jsem páru o tom jejím procesu, a nevěděl jsem, co mám dělat. Ona tam seděla a plakala a já jsem vůbec nevěděl, co mám dělat. A tak jsem si říkal „tak nic, tak prostě nebudu dělat psychoterapii, tak si najdu něco jinýho v tom životě, tohle není dobrá cesta“. To byl moment, kdy jsem začal intenzivně chodit na supervizi a po tom se to trochu spravilo. Začal jsem víc studovat, víc pracovat, víc supervidovat. Ukázalo se, že ta práce má limity, když jsem neměl dost zkušeností, znalostí, individuální vlastní terapie, sám jsem měl nějaký svoje překážky, tak jsem to nějak lopotně po částech odstraňoval, až i ta práce získala potom lepší kvalitu a ty pochybnosti pak rozptýlila. Pochyboval jsem, protože mi to nešlo.

Objevují se pochybnosti i teď aktuálně?

Objevují se mi takové jako horší a lepší dny. Odchází klient a já si říkám „cos to tady zas dělal, to bylo hrozný, teď to bylo sezení úplně zabité k ničemu“. Někdy je to tak, že se vrátí a vidím, že to nebylo až tak k ničemu, a někdy jo fakt to bylo k ničemu. Ale že těch zkušeností pozitivních bylo víc, že neztrácím smysl v to, že to je dobrý. Takže to jsou víc pochybnosti o mně než o tom smyslu terapie jako takový. Myslím, že jsem měl fakt to štěstí v životě udělat dost dobřejch zkušeností, že v té terapii pořád smysl vidím. To jsou

takový jednotlivý pochybnosti, jestli jsem dobře zvolil toho klienta do terapie, ale o tom přesvědčení už asi tolik ne.

Byla pro vás formující nějaká literatura z oblasti PCA?

Noo...té literatury bylo asi víc, co mi přišlo formující. Já jsem samozřejmě na začátku výcviku četl všechnu tu doporučenou literaturu, a moc se mi do toho nechtělo, nešlo mi to, tak jsem spíš nečetl, než četl, protože mě to přišlo těžký. A dost mě zaměstnávala i ta medicína, tak jsem na to trochu kašlal. Až jsem začal pocítovat ty nedostatky, tak jsem se k tomu vrátil. A do toho Rogerse jsem se nějak nemohl začíst, moc mi to nešlo, ty základní požadavky jsou číst přímo Rogerse, ne ty přežvekaný texty. Takže to nebylo nic moc. Ale jak se v té praxi ukazovalo, že mi ty znalosti chybí, tak jsem po tom narazil na Briana Thorna, a ty jeho články a ta jeho kniha, která vyšla i v ČJ. A zas mě to vrátilo chuť číst, a tam jsem pochopil, že je potřeba číst Rogerse, tak jsem se k němu vrátil. To už je jedno, co vezmete – Způsob bytí, Být sám sebou, Client Centered Therapy (učebnice, technická kniha). Co hodně formuje tu filosofii je Buber, Já a Ty – podstata humanistický terapie, nedá se to vzít na začátku studia, k tomu jsem se propracoval, ale tam se mi po tom hodně věcí spojilo. To, co mě hodně nadchlo je Margaret Warnerová, která vlastně dokonale ukázala, jak to PCA patří do té psychiatrie, je to směr, který je živý, že nemá ty limity, o kterých se pořád mluvilo (rozvojová práce, podpůrná), ale že je to směr který léčí i ty duševně nemocné.

Měl byste nějaké doporučení pro lidi, co by chtěli jít do klinické sféry – klinické psychologie, psychiatrie?

Hrozně bych je chtěl podpořit. Vidím v tom velkej smysl. Já vím, že pro spoustu absolventů psychologie jsou i lákavější věci jako personalistika, výzkum a tak. Ale klinika je strašně fajn, mě to baví. A lidí, kteří to dělají dobře je málo. A PCA bych doporučil, protože to mám vyzkoušený, je to směr je v tomhle užitečný, je dobrý, není vůbec pozadu. PCA má jednu výhodu oproti gestaltu, KBT, dynamické terapii, které se také vyskytují hodně v klinice, velmi důsledně pracuje s technikou psychoterapie. Teď nemyslím s psychoterapeutickými technikama, ale technikou reagování na klienta, že opravdu není jedno, jak co řeknu a kdy to řeknu, ale všechno má svoje místo, svůj smysl, a to že se terapeuti PCA učí formulovat má velký smysl. Není to jenom o tom, že se učí jenom, co tomu klientovi je, jaký je jeho proces, jak mu rozumět, ale že se v PCA mnohem víc pracuje s tím, jak to řeknu. To se mi hlavně u těch, které superviduju ukazuje jako úplně nenahraditelný. Někteří tohle nemají, PCA tohle mají v tom základním vybavení, a to se jim bude hodit.

Je dobré formulování něco, co naučí výcvik?

Naučí to hodně ten výcvik a hodně supervize. PCA tradičně hodně pracuje s nahrávkama. V tom výcviku se pracuje tak, že se udělá nahrávka, pustí se ve skupině nebo individuálně, zastaví se, „hele tys teď řekl tohle, všiml sis, co to udělalo?“, „zkus to přeformulovat, aby klient mohl víc explodovat“, a teď se zkouší hledat ta formulace – „tohle je dobrý, protože to je méně hodnotící, víc podněcuje tu exploraci“. Vypadá to strašně technicky, všichni si myslej, jak je PCA nestrukturovaný, tady naopak ta práce je strašně strukturovaná, ale je hodně efektivní.